

## میزان همخوانی تشخیص مبتنی بر قضاوت بالینی روان شناسان و مشاوران با نتایج اجرای آزمون MMPI

دکتر حسن پاشا شریفی<sup>۱</sup>

آزمون MMPI یکی از پنج آزمون رایجی است که بیشترین کاربرد را توسط روان شناسان و مشاوران دارد. در این پژوهش، با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند، رابطه ی بین نمره های مراجعان (۳۸ زن و ۲۱ مرد) در مقیاسهای MMPI و تشخیص مبنی بر قضاوت بالینی در مورد ابعاد مختلف ویژگی های مراجعان، شامل شدت مشکل، درماندگی انگیزشی، پیچیدگی مشکل سطح مقاومت، سبک کنار آمدن و حل مساله مورد بررسی قرار گرفته است. تجزیه و تحلیل نتایج نشان می دهد که برافراشتگی، بویژه مجموع نمره های مقیاس های پارانویا، اسکیزوفرنیا و مانیا شاخص مناسبی برای بیان شدت، برافراشتگی، افسردگی، اضطراب و ضعف روانی با درماندگی انگیزشی، پیچیدگی مشکل با برافراشتگی مقیاس های خودبیمارانگاری و افسردگی توام با ضعف روانی و اسکیزوفرنیا، سطح مقاومت با برافراشتگی در مقیاس های  $L$ ،  $k$ ،  $۱۶$  و  $۱$ ، سبک کنار آمدن با برافراشتگی  $۶$ ،  $۴$  و  $۹$ ، سبک کنار آمدن با برافراشتگی درونگرایی اجتماعی، ضعف روانی و افسردگی رابطه دارد.

**واژه های کلیدی:** همخوانی تشخیص، قضاوت بالینی، آزمون MMPI

### مقدمه

مشاوره و روان درمانی، فرایندی است که در یک ارتباط تعاملی بین مشاور و مراجع صورت می گیرد. مراجع در این ارتباط تخصصی، درباره ی خود، موقعیت های محیطی و مسایلی که با آنها روبه رو است، آگاهی و بینش به دست می آورد و بدین وسیله در جهت رشد شخصی و سازگاری پیش می رود. تحقق اهداف مشاوره و روان درمانی منوط بر این است که مشاور یا متخصص بالینی از توانایی های شناختی، ویژگی های شخصیتی، نوع مشکل و عوامل زمینه ساز آن و نیز از منابع و امکانات مراجع برای حل مشکل و کنار آمدن با آن آگاه باشد.

۱- دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی رودهن

به کار بستن فنون سنجش شخصیت موجب می شود که مشاور و روان شناس، درباره ی نقاط قوت و ضعف مراجع، چگونگی و چرایی پیدایش مشکل و وضعیت کنونی وی، تدابیر و روش های درمانی و پیش آگهی درمان، اطلاعات سودبخشی به دست آورد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۱).

آزمون های هوش، آزمون های شخصیت، سنجش های رفتاری و مصاحبه های بالینی، همگی در مورد مراجع، اطلاعات مهمی را فراهم می کنند. مشاور و روان شناس باید این اطلاعات را ترکیب و یک پارچه کند و بر این اساس درباره ی وضعیت کنونی مراجع فرضیه هایی بسازد و سپس با استفاده از فنون مختلف، درستی فرضیه ها را بیازماید و بر آن اساس تدابیر درمانی مناسب را طراحی کند (مارنات، ترجمه شریفی، ۱۳۸۰). کورچین<sup>۱</sup> و شولدربرگ<sup>۲</sup> (۱۹۸۱) به نقل از مورفی و دیوید شافر (۱۹۹۱) تشخیص روانی را به عنوان فرایندی تعریف می کنند که: الف- فنون مختلف سنجش را به کار می بندد، ب- با استفاده از آزمون های عینی و آزمون های فرافکنی، هر دو سطح هشیار و ناهشیار ذهن آدمی را آزمون می کند و ت- تغییر را بر نشانه های نمادین (سمبولیک) پاسخ های قابل نمره گذاری و سایر اطلاعات حاصل از دیگر منابع موجود استوار می سازد.

پژوهش های وید<sup>۳</sup> و بارکر<sup>۴</sup> نشان داده است که بیش از ۸۵ درصد روان شناسان بالینی و مشاوران، از آزمون های روانی استفاده می کنند و بیش از یک سوم وقت آنان به اجرا و تفسیر نتایج آزمون ها صرف می شود. الگوی کاربرد آزمون ها در سال های گذشته همچنان ثابت مانده است و احتمالاً در آینده نیز چنین خواهد بود (کاپلان و ساکوزو، ۱۹۸۹).

آزمون هایی را که در فرایند مشاوره و روان درمانی به کار می روند، می توان به سه طبقه تقسیم کرد: آزمون های توانایی ذهنی، آزمون های شخصیت و آزمون های روان-عصب شناختی (نوروپسیکولوژی). آزمون های رورشاخ، TAT و MMPI<sup>۵</sup> (MMPI-2, MMPI-A) نیز از جمله آزمون های متداول شخصیتی در موقعیت های مشاوره و روان درمانی هستند.

1- Korchin  
2- Schuldberg-  
3- Wade  
4- Barker

هدف نهایی سنجش روانی، فراهم کردن اطلاعات مناسب برای تشخیص اختلال و اتخاذ بهترین تصمیم در مورد فرایند درمان است. بوتلر<sup>۱</sup> و کلارکین<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) شش بعد مهم خصایص و مشکل مراجع و شیوه‌های مناسب درمان در هر مورد را شناسایی و مورد بحث قرار داده‌اند. هر یک از این ابعاد را می‌توان با ترکیبی از آزمون‌های رسمی، داده‌های حاصل از مصاحبه، مشاهده‌های رفتاری و شرح حال مراجع مورد سنجش قرار داد.

۱- شدت مشکل: شدت مشکل نشان می‌دهد که مشکل مراجع تا چه اندازه بر کارایی او در انجام دادن کارهای روزمره ی اجتماعی، شغلی و یا در روابط میان فردی، تاثیر منفی برجای می‌گذارد. برای ارزیابی شدت مشکل باید مشکلی که کارکرد مراجع را در جلسه ی مصاحبه کاهش می‌دهد ضعف تمرکز در فرایند سنجش، حواسپرتی و اشکال در تعامل با مشاور یا درمانگر، مورد توجه قرار گیرند.

یکی از شاخص‌های مفید روان‌سنجی برای تشخیص شدت مشکل، وجود برافراستگی در مقیاس‌های ۶ (پارانویا) ۸ (اسکیزوفرنیا) و ۹ (هیپومانیا) و دو آزمون MMPI و MMPI-2 است. وجود برافراستگی در مقیاس‌های آسیب‌شناسی شخصیتی میلون<sup>۳</sup> (MCMI) نیز نشان‌دهنده ی شدت مشکل است (چوکا و همکاران، ۱۹۹۲). همچنین، داشتن نمره T بالاتر از ۶۳ در پرسشنامه ی خلاصه‌علائم بیماری (BSI)<sup>۴</sup> تدوین شده توسط درگاتیس<sup>۵</sup> و نمره‌های بالاتر از ۵۵ در مقیاس اضطراب صفت در پرسشنامه اضطراب صفت- حالت<sup>۶</sup> اسپیل برگر<sup>۷</sup> نشانگر شدت مشکل است (مارنات ۲۰۰۳، ترجمه شریفی، ۱۳۸۵).

ملاک‌های تشخیص شدت مشکل عبارتند از: ناتوانی و اشکال مراجع در تعامل با درمانگر در جلسه ی درمان، ضعف تمرکز در فرایند سنجش روانی، حواسپرتی، بدبینی و عدم اعتماد به دیگران، روابط شغلی و اجتماعی مختلف، اضطراب شدید، گرایش به روان‌پریشی.

۲- درماندگی/انگیزشی<sup>۸</sup>: درماندگی انگیزشی به درجه ی تجربه ی ذهنی مراجع از مشکل خود مربوط است که به صورت اضطراب، گم‌گشتگی (کنفوزیون) و افسردگی شدید جلوه‌گر می‌شود. سطح متوسطی از درماندگی ذهنی مفید است زیرا انگیزه‌ای برای تغییر مراجع فراهم می‌کند. اما

1- Beutler

2- Clarkin

3- Millon Clinical Multiaxial Inventory

4- Brief Symptom Inventory

5- Dergatis

6- State-Trait Anxiety Inventory

7- Spielberger

8- Motivational Distress

اگر سطح احساس درماندگی خیلی بالا باشد، موجب گسیختگی فرایند فکری می شود و تمرکز ذهنی و توانایی پردازش صحیح اطلاعات را مختل می سازد.

اگرچه بین شدت مشکل و درماندگی انگیزشی همپوشی وجود دارد، اما تفاوت هایی نیز بین آنها موجود است. یکی از تفاوت های مهم این دو آن است که شدت مشکل بیشتر به شاخص های عینی اختلال، اما درماندگی انگیزشی به شاخص های درونی و تجربه ی ذهنی ی اختلال از سوی مراجع مربوط است. شدت و سطح بالای درماندگی انگیزشی از بی قراری در حرکت، سطح بالای برانگیختگی هیجانی، تمرکز ضعیف، تغییر صدا، نفس نفس زدن، گوش به زنگ بودن، تهییج عاطفی و شدت احساسات تشخیص داده می شود. از جمله نشانه های عدم شدت یا شدت سطح پایین درماندگی انگیزشی می توان به موارد زیر اشاره کرد: فعالیت حرکتی کاهش یافته، سرمایه گذاری هیجانی ضعیف در درمان انرژی سطح پایین، پایین بودن صدا و افت عاطفی<sup>۱</sup>.

از جمله مقیاس های MMPI که نسبت به درماندگی انگیزشی حساسند، عبارتند از: مقیاس های F ۲ (افسردگی) و ۷ (پسیکاستنی). مجموعه این سه مقیاس ها را «مقیاس های درماندگی» می نامند (مارنات، ۲۰۰۳، ترجمه شریفی، ۱۳۸۵). چنانچه مقیاس های انکار مقاومت و داشتن حالت دفاعی یعنی مقیاس L، K و ۳ (هیستری) برافراشته باشند، انگیزه برای تغییر کاهش می یابد. نمره ی پایین در مقیاس ۷ (پسیکاستنی) و نمره های برافراشته در سایر مقیاس های مربوط به آسیب شناسی نشان دهنده ی پیش آگهی ضعیف است. چنین مراجعی به گونه ای غیرواقعیانه نسبت به مشکل خود بی خیال است و یا به طور کامل در برابر آن تسلیم شده است.

۳- پیچیدگی مشکل: بعضی از مشکلات، مانند فوبی های ساده که اغلب بر اثر عوامل محیطی ایجاد می شوند، چندان پیچیده نیستند. برعکس، مشکلات برخی از مراجعان پیچیده است. این مشکلات ممکن است فراگیر و پایدار بوده و در بسیاری از موقعیت ها بروز کنند و به جای اینکه به یک یا دو رفتار خاص متمرکز باشند انواع رفتارها را دربر می گیرند، مانند تعامل نافع- پرخاشگر با مقام قدرت و تعارض بین وابستگی و استقلال در روابط با نزدیکان.

بین پیچیدگی مشکل و شدت مشکل چند تفاوت وجود دارد. شدت مشکل به سطح اختلال اطلاق می شود، اما پیچیدگی مشکل به الگوهای زمینه ساز در زندگی شخص دلالت دارد که ممکن است به سطح بالایی از اختلال منجر شود یا نشود. مراجعی ممکن است از کارکرد نسبتا مناسب

1- Bluntered affect

برخوردار باشد (مشکل با شدت کم) اما به سبب نارضایتی مزمن در روابط خود با اطرافیان رنج ببرد. شدت مشکل، ممکن است به طور مستقیم معلول عوامل و فشارهای محیطی باشد، در صورتی که پیچیدگی مشکل ممکن است با رویدادهای درونی و نهفته پیوند نیرومند داشته باشد پیچیدگی مشکل را به آسانی نمی‌توان اندازه‌گیری کرد. با وجود چند مشکل همزمان، مشکلات رفتاری فراگیر و بازگشت‌پذیر و اختلال شخصیت و علایم رفتاری آن می‌توان آنها را مشخص ساخت.

بوئر (۱۹۹۵) شاخص‌های پیچیدگی مشکل را به شرح زیر خلاصه کرده است؛ تکرار مجموعه‌ای از رفتارها در موقعیت‌های نامربوط، تکرار رفتارها به صورت تشریفات و سواسی برای حل تعارض‌های درونی یا میان فردی زمینه‌ساز. ظاهراً تمایل‌ها بیشتر به روابط گذشته مربوطند تا زمان حال. تکرار رفتارها به جای اینکه رضایت خاطر ایجاد کنند موجب رنج بیشتری می‌شوند، رفتارها اغلب تظاهرات نمادین (سمبولیک) تعارض‌های زمینه‌ساز و حل نشده هستند، معمولاً مشکلات غیرپیچیده (ساده) وابسته به موقعیت‌اند، انتقالی هستند، از نابسندگی دانش و مهارت، ناشی می‌شوند و از عادت‌های دیرینه، سرچشمه می‌گیرند.

استفاده از آزمون MMPI، به روشن شدن الگوی علایم بیماری و تعامل پویای بین این علایم و راهبردهای کنار آمدن، الگوهای احتمالی روابط میان فردی و ساختار کلی شخصیت کمک می‌کند. هرگاه مقیاس ۱ (هیپوکندری) و مقیاس ۲ (افسردگی) هر دو بالاتر از ۶۵ و مقیاس ۱ دست کم ۵ تا ۱۰ نمره بالاتر از مقیاس ۲ باشد، نشان دهنده ی مزمن بودن مشکل است. همچنین اگر برافراشتگی مقیاس‌های ۷ و ۸ (پسیکاستنی و اسکیزوفرنی) برابر ۶۵ و یا بالاتر باشند به شرطی که مقیاس ۸ دست کم ۵ تا ۱۰ نمره بالاتر از مقیاس ۷ باشد، شاخصی از مزمن بودن پیچیدگی مشکل است.

۴- سطح مقاومت: مراجعان مختلف در پذیرش و پاسخدهی به درمان یا مقاومت در برابر آن با یکدیگر تفاوت دارند. مراجعان در اغلب موارد مقاومت را به عنوان وسیله ی دفاعی در برابر کسی که فکر می‌کنند قصد کنترل آنان را دارد، به کار می‌برند. افراد مقاوم ممکن است دارای مجموعه‌ای از صفاتی باشند که از آن جمله می‌توان به نیاز به کنترل، خصومت، تکانشگری، فقدان همدلی و اجتناب مستقیم اشاره کرد. حالت دفاع هنگامی رخ می‌دهد که شخص احساس کند آزادی وی مورد تهدید واقع شده است. پیش‌آگهی درمان در مورد این دسته از مراجعان ضعیف است. شاخص‌های بالینی زیر، نشانگر سطح بالای مقاومت است، نیاز شدید به حفظ خودمختاری

سلطه گری، سابقه ی تعارض میان فردی، عدم پذیرش درمانگر، تسلیم در برابر قدرت، تحمل در برابر رویدادهای خارج از کنترل، باز بودن نسبت به تجربه و انجام تکالیفی که در فرآیند درمان برای مراجع تعیین می شود. برافراشتگی در مقیاس های  $k$ ،  $l$ ،  $۶$  (پارانویا) و مقیاس  $I$  (هیپو کندری) در آزمون MMPI و همچنین برافراشتگی در مقیاس های خودشیفتگی، منفی گرایی (نافعال/ پرخاشگر) پارانویید پرخاشگری، دگرآزار و مقیاس وسواس در آزمون میلون (MCMI) نشان دهنده ی سطح بالای مقاومت است.

۵- سبک کنار آمدن: سبک کنار آمدن مراجعان، پیوستاری را تشکیل می دهد که یک بعد آن برونی کردن<sup>۱</sup> و بعد دیگر، درونی کردن<sup>۲</sup> نامیده می شود. سبک برونی کردن به صورت رفتارهای برون ریزی تکانشگرانه، سرزنش دیگران، نسبت دادن مشکلات خود به بدشانسی و سرنوشت فقدان بصیرت و تلاش فعالانه برای اجتناب از مشکل، جلوه گر می شود. برعکس، در سبک درونی کردن، شخص شکست هایش را به ناتوانی و نابسندگی مهارت ها و استعداد های خود نسبت می دهد. این مراجعان در مقایسه با افراد گروه اول، درماندگی ذهنی بیشتری را تجربه می کنند، لذا برای کنار آمدن با این درماندگی می کوشند مشکلات خود را عمیق تر درک کنند.

از جمله شاخص های بالینی سبک برونی کردن عبارتند از فرافکنی، سرزنش دیگران به خاطر مشکلات خود، پارانویا، تحمل کم در برابر ناکامی، برون گرایی و پرخاشگری غیر اجتماعی برعکس، دارندگان سبک کنار آمدن به شیوه ی درونی کردن، ویژگی های زیر را در رفتار خود ظاهر می سازند: درون گرایی، توجیه عقلی، هیجان های کنترل شده، انکار واپس رانی و اکنش سازی انزوای اجتماعی و بی اهمیت انگاشتن مشکلات.

شاخص سبک کنار آمدن به شیوه ی برونی کردن از مجموع نمره های  $t$  سه مقیاس  $۴$  (انحراف روانی- اجتماعی)  $۶$  (پارانویا) و  $۹$  (هیپومانیا) و شاخص سبک کنار آمدن به شیوه ی درونی کردن از مجموع نمره های  $t$  مقیاس های  $۲$  (افسردگی)  $۷$  (پسیکاستنی) و  $۰$  (درون گرایی اجتماعی) آزمون MMPI به دست می آید. اگر مجموع نمره های سه مقیاس  $(۴+۶+۹)$  از مجموع نمره های سه مقیاس  $(۲+۷+۰)$  بزرگتر باشد، شخص دارای سبک کنار آمدن به شیوه ی برونی کردن است. برعکس، اگر مجموع نمره های سه مقیاس  $(۲+۷+۰)$  از مجموع نمره های سه مقیاس  $(۴+۶+۹)$

1- Externalization  
2- Internalization

بزرگتر باشد، شخص احتمالاً فشارها و تعارض‌های روانی را درونی می‌سازد (بوتلر و همکاران ۱۹۹۰).

۶- مرحله ی حل مساله: مراجعان در فرایند تغییر، مراحل مختلفی را پشت سر می‌گذارند. هر مراجعی که برای ارزیابی یا درمان به مشاور یا روان شناس ارجاع داده می‌شود ممکن است در مرحله ی خاصی از فرایند تغییر باشد. بعضی از مراجعان در حال بررسی احتمال تغییرند و هنوز در مورد آن اقدام جدی به عمل نیاورده اند. اینان ممکن است داوطلبانه مراجعه نکرده باشند، لذا در برابر درمان مقاومت می‌کنند و سطح پایینی از درماندگی هیجانی را تجربه می‌کنند. از سوی دیگر ممکن است مراجعانی باشند که گام‌های معینی در جهت تغییر برداشته‌اند، اما هنوز در جستجوی کمک هستند که مبادا مشکل‌شان بازگشت نماید. برحسب اینکه مراجع در کدام مرحله از تغییر باشد، به رویکردهای متفاوتی نیاز دارد.

پورچاسکا<sup>۱</sup> و دی کلمنت<sup>۲</sup> (۱۹۹۲) به نقل از مارنات (۲۰۰۳) در فرایند تغییر، پنج مرحله را شناسایی و توصیف کرده‌اند که عبارتند از: پیش‌اندیشی<sup>۳</sup>، تامل، آمادگی، اقدام و نگهداری. در هر مرحله و پیش از ورود به مرحله ی بعدی، تکالیفی وجود دارد که باید انجام گیرد. در مرحله ی پیش‌اندیشی، مراجع درباره ی تغییر رفتار یا نگرش خود، قصد چندانی ندارد و آگاهی او در مورد اهمیت و لزوم تغییر، مبهم است. در مرحله ی تامل، مراجع تغییر را به طور جدی مورد توجه قرار می‌دهد. او در این مرحله از مشکل خود آگاه است و درباره ی شیوه ی کنار آمدن با آن می‌اندیشد. در مرحله ی آمادگی، مراجع برای تغییر، آمادگی بیشتری کسب کرده است که از روی قصد و نیت وی برای اقدام، قابل تشخیص است. اقدام، مرحله‌ای است که مراجع در عمل تلاش می‌کند تا در محیط، نگرش، یا رفتارش را تغییر دهد. این مرحله اغلب به صرف نیرو و زمان زیادی نیاز دارد. سرانجام، در مرحله ی نگهداری، مراجع سعی می‌کند تغییر را استحکام بخشد و از بازگشت مشکل یا بیماری پیشگیری کند.

برای تشخیص وضعیت مراجع، برای اینکه معلوم شود به هنگام مراجعه در کدام یک از مراحل تغییر قرار دارد می‌توان از مصاحبه استفاده کرد. از طریق مصاحبه ی دقیق می‌توان تعیین کرد که آیا مراجع درباره ی مشکل و ضرورت تغییر در رفتار یا نگرش خود اندیشیده است یا نه؟ آیا قصد

1- Prochaska

2- Diclement

3- Precontemplation

آن را دارد که در آینده ی نزدیک تغییر کند؟ آیا کوشیده است تا برای کنار آمدن با مشکل تغییراتی در رفتارش ایجاد کند؟ آیا درباره ی پیشگیری از بازگشت مشکل اقدامی به عمل می‌آورد؟ مراحل تغییر را می‌توان با استفاده از مقیاس مراحل تغییر<sup>۱</sup> که توسط پروچاسکا و همکارانش (۱۹۸۳) تدوین شده است و ۳۲ ماده دارد، به شیوه‌ای رسمی تر مورد سنجش قرار داد. توجه به ابعاد ششگانه ی بالا در سنجش وضعیت مراجعان و اقدام به تدابیر درمانی در مورد آنان بسیار مفید و موثر واقع می‌شود. مشاوران و روان شناسان بالینی می‌توانند با استفاده از این مدل و آنچه که در ارتباط با سنجش آن مورد بحث قرار گرفت، در جهت تشخیص مشکل و کمک به حل آن در مورد مراجعان، گام‌های اساسی بردارند. تحقیق حاضر، برای آزمون این فرضیه که «بین تشخیص مبتنی بر قضاوت بالینی مشاوران و روان شناسان و نتایج حاصل از اجرای آزمون MMPI در مورد ابعاد روانی مراجعان، همخوانی وجود دارد» انجام گرفته است.

## روش

### جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

هدف از انجام این پژوهش، آزمون این فرضیه است که «بین نمره‌های مراجعان در مقیاس‌های MMPI و تشخیص مبتنی بر قضاوت بالینی مشاوران و روان شناسان در مورد ابعاد مختلف ویژگی‌های مراجعان که توسط بوتلر و کلارکین پیشنهاد شده است، رابطه و هماهنگی وجود دارد». افراد گروه نمونه شامل ۷۹ نفر (۳۸ زن و ۴۱ مرد) از مراجعان مراکز مشاوره تهران است که در فاصله ی مهرماه ۱۳۸۲ تا پایان اسفند ماه همان سال به این مراکز مراجعه کرده‌اند. دامنه ی تغییر سن افراد گروه نمونه از ۱۷ تا ۳۲ سال با میانگین تقریباً ۲۳ و میانگین سال‌های تحصیلی آنان ۱۱ سال با دامنه تغییر ۹ تا ۱۶ سال است. انتخاب این افراد به روش نمونه‌گیری هدفمند با استفاده از نمونه ی در دسترس صورت گرفته است. در فرایند تحقیق، پس از جلب همکاری گروهی از مشاوران و متخصصان بالینی مراکز مشاوره، از آنان خواسته شد تا اطلاعات مورد نیاز تحقیق را به روشی که در زیر توضیح داده شده است در مورد مراجعان گروه نمونه ی خود جمع‌آوری و نتایج را در اختیار پژوهشگر قرار دهند.



الف- اطلاعات مربوط به ابعاد مختلف وضعیت مراجعان. این ابعاد براساس پیشنهاد بوتلر و کلارکین شامل: ۱- شدت شکل، ۲- درماندگی انگیزشی، ۳- پیچیدگی مشکل، ۴- سطح مقاومت، ۵- سبک کنار آمدن و ۶- حل مساله است. برای این منظور از مشاوران و درمانگران خواسته شد که مراجعان مورد بحث را از نظر ۴ بعد، نخست از طریق مصاحبه، مراجعه به مندرجات پرونده‌های بالینی و براساس تشخیص و قضاوت بالینی خود، با توجه به ملاک‌های تشخیص این ابعاد که در صفحه‌های قبل توضیح داده شد به گروه‌های شدید و خفیف طبقه‌بندی کنند. در ضمن آنان را از نظر سبک کنار آمدن با مشکل با روش‌های مذکور به دو گروه با سبک کنار آمدن به روش بیرونی و سبک کنار آمدن با روش درونی، طبقه‌بندی نمایند. در اینجا نیز مواردی را که نمی‌توانند در یکی از دو طبقه ی مذکور قرار دهند، نادیده بگیرند. چون سنجش بعد ششم (حل مساله) مستلزم اجرای یک تحقیق طولی است، در این پژوهش از آن صرف نظر شد.

ب- اطلاعات مربوط به نیمرخ روانی مراجعان براساس آزمون MMPI. برای به دست آوردن اطلاعات مورد نیاز در مورد نیمرخ روانی آزمودنی‌ها، آزمون فرم بلند MMPI توسط چند نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی و روان‌سنجی در مورد مراجعان گروه نمونه اجرا شد و نمره‌های تراز شده ی آنان در هر یک از مقیاس‌های روانی و بالینی آزمون در اختیار پژوهشگر قرار گرفت. بدین ترتیب در مورد هر یک از افراد گروه نمونه مورد مطالعه تحقیق، دو دسته اطلاعات جمع‌آوری شد: ۱- اطلاعاتی در مورد ابعاد پنجگانه ی وضعیت روانی مراجعان به صورت مقیاس طبقه‌ای: شدید، خفیف. ۲- اطلاعاتی در مورد نمره‌های تراز شده ی آنان در مقیاس‌های MMPI به صورت نمره‌های T (با میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰).

#### یافته ها

پس از جمع‌آوری داده‌ها و پردازش و تجزیه و تحلیل آنها با استفاده از برنامه SPSS نتایج زیر به دست آمد. براساس ارزیابی و قضاوت بالینی همکاران تحقیق (مشاوران و روان شناسان بالینی) تعداد افرادی که از نظر شدت مشکل، درماندگی انگیزشی، پیچیدگی مشکل و مقاومت در برابر درمان به صورت شدید یا در سطح بالا، طبقه‌بندی شدند به ترتیب ۱۲، ۱۱، ۱۰ و ۹ نفر بودند. همچنین ۸ نفر دارای سبک کنار آمدن به روش بیرونی و ۹ نفر دارای سبک کنار آمدن با روش درونی، طبقه‌بندی شدند. میانگین و انحراف معیار نمره‌های تراز شده ی این ۶ گروه و کل افراد

مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است. با توجه به این جدول ملاحظه می شود که: میانگین نمره های تراز شده ی افراد دارای شدت مشکل سطح بالا (گروه ۱) در مقیاس های ۶ (پارانویا) ۸ (اسکیزوفرنیا) و ۹ (مانیا) به ترتیب ۷۲، ۷۳، ۶۸ (با حذف ارقام اعشاری) و همگی برافراشته اند. نمره های این افراد در سایر مقیاس ها پایین تر از میانگین استاندارد نمره های آزمون (۵۰) است. میانگین نمره های تراز شده ی افراد دارای درماندگی انگیزشی سطح بالا (گروه ۲) در مقیاس های ۲ (افسردگی) ۷ (اضطراب و ضعف روانی-عصبی) و مقیاس K (گرایش به دفاعی بودن) به ترتیب برابر ۶۶، ۷۰ و ۶۶ و همگی برافراشته اند. میانگین نمره های این افراد در مقیاس f دارای برافراستگی متوسط (نزدیک به ۶۴) اما در سایر مقیاس ها در حد میانگین و یا پایین تر از میانگین استاندارد آزمون است.

میانگین نمره های تراز شده ی افراد گروه ۳ که از نظر پیچیدگی مشکل در سطح بالا طبقه بندی شده اند، در مقیاس های ۱ (خودبیمارانگاری) ۷ (اضطراب و ضعف روانی) و ۸ (اسکیزوفرنیا) برافراشته و به ترتیب برابر ۶۸، ۶۹ و ۷۳ است. میانگین نمره های این افراد در سایر مقیاس های آزمون، به جز مقیاس ۲ (افسردگی) که ۶۲ است عموماً پایین تر از میانگین استاندارد آزمون است. میانگین نمره های افرادی که از نظر مقاومت در برابر درمان در سطح بالا درجه بندی شده اند (گروه ۴) در مقیاس های ۱ (خودبیمارانگاری) L (وانمود خوب) و k (دفاعی بودن) به ترتیب ۶۴، ۶۷ و ۶۹ و نسبتاً برافراشته است. متوسط نمره های این افراد به جز مقیاس D که نزدیک به ۶۳ است، در سایر مقیاس ها در حد میانگین استاندارد آزمون و یا پایین تر از آن است.

جدول ۱: مولفه های توصیفی هر یک از خرده مقیاسهای آزمون MMPI

مقیاس	N	میانگین	انحراف معیار	مقیاس	N	میانگین	انحراف معیار
F	۱	۱۲	۴۷/۱۶۶۷	L	۱	۱۲	۳۴/۴۱۶۷
	۲	۱۱	۶۳/۸۱۸۲		۲	۱۱	۵۴/۲۷۴۷
	۳	۱۰	۳۵/۰۰۰		۳	۱۰	۳۲/۱۰۰۰
	۴	۹	۴۰/۱۱۱۱		۴	۹	۶۷/۶۶۶۷
	۵	۸	۴۸/۷۵۰۰		۵	۸	۴۲/۵۰۰۰
	۶	۹	۵۷/۳۳۳۳		۶	۹	۳۴/۴۴۴۴
	۵۹	۴۸/۸۹۸۳	۲/۰۰۷۸۳		۵۹	۴۳/۸۹۸۳	۲۰/۱۱۸۳۵

۱ = شدت مشکل؛ ۲ = درماندگی انگیزشی؛ ۳ = پیچیدگی مشکل؛ ۴ = سطح مقاومت؛ ۵ = سبک کنار آمدن بیرونی و ۶ = سبک کنار آمدن درونی (ادامه صفحه ی

بعد)

<b>K</b>	۱	۱۲	۳۷/۰۸۳۳	۱۸/۸۶۰۵۳	<b>HS</b>	۱	۱۲	۴۴/۶۶۶۷	۲۳/۵۸۴۷۹
	۲	۱۱	۶۶/۰۰۰۰	۱۰/۵۸۳۰۱		۲	۱۱	۴۱/۵۴۵۵	۱۳/۶۶۲۸۲
	۳	۱۰	۳۹/۶۰۰۰	۱۷/۳۴۷۴۳		۳	۱۰	۶۸/۳۰۰۰	۸/۰۵۶۰۵
	۴	۹	۶۹/۸۸۸۹	۱۵/۵۳۵۸۰		۴	۹	۶۴/۶۶۶۷	۶/۰۰۰۰۰
	۵	۸	۴۰/۲۵۰۰	۱۳/۵۶۲۰۳		۵	۸	۴۴/۵۰۰۰	۹/۵۳۱۹۰
	۶	۹	۴۶/۳۳۳۳	۱۴/۳۶۱۴۱		۶	۹	۴۴/۶۶۶۷	۲۴/۱۶۶۰۹
		۵۹	۴۹/۷۴۵۸	۱۹/۸۹۰۷۳			۵۹	۵۱/۱۱۸۶	۱۹/۰۲۹۰۹
<b>D</b>	۱	۱۲	۴۴/۴۱۶۷	۱۱/۵۸۱۷۲۸	<b>HY</b>	۱	۱۲	۴۷/۵۸۳۳	۱۱/۳۹۷۴۳
	۲	۱۱	۶۶/۷۲۷۳	۲/۶۱۱۱۶		۲	۱۱	۶۰/۹۰۹۱	۵/۶۱۱۶۸
	۳	۱۰	۶۲/۳۰۰۰	۶/۰۱۹۴۱		۳	۱۰	۴۶/۸۰۰۰	۱۳/۲۴۸۰۶
	۴	۹	۶۲/۶۶۶۷	۱۸/۹۲۰۸۹		۴	۹	۴۶/۱۱۱۱	۱۴/۷۷۷۰۵
	۵	۸	۵۰/۳۷۵۰	۱۷/۸۴۸۰۷		۵	۸	۵۲/۷۵۰۰	۹/۸۵۲۴۸
	۶	۹	۶۸/۵۵۵۶	۳/۰۰۴۶۳		۶	۹	۵۰/۸۸۸۹	۱۴/۵۴۶۸۶
		۵۹	۵۸/۸۸۱۴	۱۴/۳۱۹۱۳			۵۹	۵۰/۹۱۵۳	۱۲/۵۱۱۰۸
<b>PD</b>	۱	۱۲	۴۰/۰۸۳۳	۱۴/۴۱۸۷۹	<b>PA</b>	۱	۱۲	۷۲/۶۶۶۷	۱۰/۰۴۸۳۷
	۲	۱۱	۳۷/۶۳۶۴	۱۵/۰۰۸۴۸		۲	۱۱	۴۰/۶۳۶۴	۲۲/۱۸۶۸۱
	۳	۱۰	۳۵/۶۰۰۰	۸/۸۷۱۹۳		۳	۱۰	۴۰/۲۰۰۰	۵/۶۳۳۲۳
	۴	۹	۴۹/۰۰۰۰	۴/۵۵۵۲۲		۴	۹	۵۶/۷۷۷۸	۲۳/۷۸۹۵۹
	۵	۸	۵۵/۷۵۰۰	۱۲/۸۲۵۷۶		۵	۸	۶۴/۵۰۰۰	۶/۲۳۳۵۵
	۶	۹	۵۱/۷۷۷۸	۲۵/۰۳۸۸۶		۶	۹	۴۷/۴۴۴۴	۱۵/۳۳۹۷۷
		۵۹	۴۴/۱۳۵۶	۱۵/۹۶۸۱۳			۵۹	۵۸/۳۰۵۱	۱۸/۰۷۲۸۹
<b>PT</b>	۱	۱۲	۴۳/۸۳۳۳	۱۹/۲۷۲۳۷	<b>SC</b>	۱	۱۲	۷۳/۳۳۳۳	۵/۸۹۸۱۳
	۲	۱۱	۷۰/۰۹۰۹	۸/۷۵۷۳۳		۲	۱۱	۴۰/۷۲۷۳	۱۵/۶۸۴۹۷
	۳	۱۰	۶۹/۴۰۰۰	۵/۵۶۱۷۷		۳	۱۰	۷۳/۰۰۰۰	۷/۹۱۶۲۳
	۴	۹	۴۳/۳۳۳۳	۱۶/۵۹۰۶۶		۴	۹	۴۳/۳۳۳۳	۱۲/۳۲۸۸۳
	۵	۸	۵۲/۵۰۰۰	۱۶/۵۹۶۰۴		۵	۸	۳۶/۶۲۵۰	۳/۲۰۴۳۵
	۶	۹	۷۱/۰۰۰۰	۹/۱۷۸۷۸		۶	۹	۵۴/۰۰۰۰	۸/۵۵۸۶۲
		۵۹	۵۸/۳۰۵۱	۱۸/۰۷۲۸۹			۵۹	۵۴/۶۹۶۹	۱۷/۹۶۷۶۵
<b>MA</b>	۱	۱۲	۶۸/۷۵۰۰	۹/۵۱۶۷۳	<b>SI</b>	۱	۱۲	۳۴/۹۱۶۷	۱۳/۶۰۷۸۷
	۲	۱۱	۴۲/۸۱۸۲	۱۳/۷۰۹۹۸		۲	۱۱	۴۸/۷۲۷۳	۱۵/۹۸۸۰۶
	۳	۱۰	۴۷/۸۰۰۰	۶/۶۷۹۹۹		۳	۱۰	۲۸/۲۰۰۰	۹/۵۳۱۲۴
	۴	۹	۳۷/۵۵۵۶	۱۰/۳۹۳۶۴		۴	۹	۴۳/۱۱۱۱	۱۸/۱۴۱۴۲
	۵	۸	۵۸/۳۷۵۰	۱۶/۶۲۱۳۱		۵	۸	۴۷/۸۷۵۰	۲۳/۷۲۱۲۲
	۶	۹	۵۱/۰۰۰۰	۵/۰۷۴۴۵		۶	۹	۴۶/۲۲۲۲	۱۷/۹۹۸۴۶
		۵۹	۵۱/۴۹۱۵	۱۴/۹۴۱۶۹			۵۹	۴۱/۰۸۴۷	۱۷/۶۰۵۱۴

میانگین نمره‌های تراز شده ی افرادی که با ویژگی سبک کنار آمدن به روش بیرونی کردن طبقه بندی شده‌اند (گروه ۵) در مقیاس‌های ۶ (پارانویا) نزدیک به ۶۵ و اندکی برافراشته است. متوسط نمره‌های آنان در سایر مقیاس‌ها در حد میانگین استاندارد آزمون و یا پایین تر از آن است. میانگین نمره‌های تراز شده ی افرادی که با ویژگی سبک کنار آمدن از طریق درونی کردن طبقه بندی شده‌اند (گروه ۶) در مقیاس‌های ۲ (افسردگی) و ۷ (اضطراب و ضعف روانی) برافراشته و به ترتیب برابر ۶۸ و ۷۱ است. میانگین نمره‌های این افراد در سایر مقیاس‌ها در حد میانگین استاندارد آزمون و یا پایین تر از میانگین آزمون است.

تحلیل واریانس یک راهه، آن گونه که در جدول ۲ نشان داده شده است، معنی داری این تفاوت‌ها را به جز در مورد مقیاس ۲ (افسردگی) تایید می‌کند. بنابراین در مجموع می‌توان از تحلیل‌ها و نتایج بالا چنین استنباط کرد که بین نمره‌های حاصل از اجرای آزمون MMPI در مورد مراجعان و تشخیص مبتنی بر قضاوت بالینی مشاوران و روان شناسان هماهنگی نسبی وجود دارد. علاوه بر مقایسه ی گروه‌های مختلف برحسب ابعاد مورد نظر، کلارکین و بوتلر براساس مقیاس‌های انفرادی آزمون MMPI، مجموع نمره‌های چند مقیاس مرتبط با هریک از ابعاد نیز مورد مقایسه قرار گرفته و نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است. این جدول نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های بعضی از مقیاس‌ها در مورد افرادی که از نظر ویژگی‌های روانی مورد بحث در سطح بالا طبقه‌بندی شده‌اند، بالاتر از میانگین همان مقیاس‌ها در سایر افراد مورد مطالعه است.

**جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس یک راهه در مورد هماهنگی نتایج**

**MMPI و قضاوت**

آلفا	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	مقیاس
۰/۰۰۰	۷/۵۸۰	۱۱۵۰/۳۴	۵	۵۷۵/۷۰	F
		۱۵۱/۷۷	۵۳	۸۰۴۳/۷۰	
			۵۸	۱۳۷۹۵/۳۹	
۰/۰۰۰	۷/۲۸۱	۱۹۱۱/۸۳	۵	۹۵۵۹/۱۷	L
		۲۶۲/۵۷	۵۳	۱۳۹۱۶/۲۲	
			۵۸	۲۳۴۷۵/۳۹	
۰/۰۰۰	۸/۶۹۰	۲۰۶۷/۴۹	۵	۱۰۳۳۷/۴۸	K
		۲۳۷/۹۲	۵۳	۱۲۶۰۹/۷۱	
			۵۸	۲۲۹۴۷/۱۹	

HS	۶۸۳۶/۶۸	۵	۱۳۶۷/۳۴	۵/۱۱۶	۰/۰۰۱
	۱۴۱۶۵/۴۹	۵۳	۲۶۷/۲۷		
	۲۱۰۰۲/۱۷	۵۸			
D	۴۸۵۴/۸۷	۵	۹۷۰/۹۸	۷/۳۱۳	۰/۰۰۰
	۷۰۳۷/۳۰	۵۳	۱۳۲/۷۸		
	۱۱۸۹۲/۱۷	۵۸			
HY	۱۶۳۵/۸۸	۵	۳۲۷/۱۶	۲/۳۳۰	۰/۰۰۵
	۷۴۴۲/۷۰	۵۳	۱۴۰/۴۳		
	۹۰۷۸/۵۷	۵۸			
PD	۳۲۰۷/۹۹	۵	۶۴۱/۶۰	۲/۹۳۶	۰/۰۲۱
	۱۱۵۸۰/۹۲	۵۳	۲۱۸/۵۱		
	۱۴۷۸۸/۹۱	۵۸			
PA	۹۳۸۶/۳۶	۵	۲۹۴/۲۷	۷/۶۵۳	۰/۰۰۰
	۱۳۰۰۰/۵۹	۵۳	۲۴۵/۱۸۸		
	۲۲۳۸۴/۹۵	۵۸			
PT	۹۰۰۹/۵۳	۵	۱۸۰۱/۹۱	۹/۶۱۳	۰/۰۰۰
	۹۹۳۴/۹۸	۵۳	۱۸۷/۴۵		
	۱۸۹۴۴/۵۲	۵۸			
SC	۱۳۴۴۳/۷۸	۵	۲۶۸۸/۷۶	۲۹/۹۸۶	۰/۰۰۰
	۵۲۸۰/۷۲	۵۳	۹۹/۶۴		
	۱۸۷۲۴/۵۱	۵۸			
MA	۶۶۶۷/۱۶	۵	۱۳۳۳/۴۳	۱۱/۲۵۱	۰/۰۰۰
	۶۲۸۱/۵۸	۵۳	۱۱۸/۵۲		
	۱۲۹۴۸/۷۵	۵۸			
SI	۳۴۰۲/۵۶	۵	۶۸۰/۵۱	۲/۴۷۵	۰/۰۴۴
	۱۴۵۷۴/۰۲	۵۳	۹۸۱/۲۷		
	۱۷۹۷۹/۵۸	۵۸			

- ۱- در مورد افراد دارای شدت مشکل سطح بالا میانگین مجموع نمره های تراز شده ی مقیاس های ۸، ۶ و ۹.
- ۲- در مورد افراد دارای درماندگی انگیزشی سطح بالا، میانگین مجموع نمره های سه مقیاس F، ۲ و ۷ و همچنین میانگین مجموع نمره های سه مقیاس L، K، و ۳.

- ۳- در مورد افراد دارای پیچیدگی مشکل سطح بالا، میانگین نمره‌های دو مقیاس ۱ و ۲.
- ۴- در مورد افراد دارای سطح بالای مقاومت در برابر درمان، میانگین نمره‌های چهارمقیاس ۱، ۶، K و L.
- ۵- در مورد افراد دارای سبک کنار آمدن به روش بیرونی، میانگین مجموع نمره‌های مقیاس‌های ۴، ۶ و ۹.
- ۶- در مورد افراد دارای سبک کنار آمدن به روش درونی، میانگین نمره‌های سه مقیاس ۰، ۲ و ۷.

جدول ۳: مقایسه ی میانگین نمره‌های خاص هر گروه با میانگین همان مقیاس‌ها در مورد سایر گروه‌ها (NF = ۵۹)

معنا داری	T	SD	M	N	مقیاس‌های خاص	گروه‌ها
		۶/۸۸	۶۳/۲۸	۱۲	۸ و ۶ و ۹	۱- شدت مشکل سطح بالا
۰/۰۱	۳/۲۳	۸/۹۳	۵۵/۶۰	۴۷	۸ و ۶ و ۹	سایر گروه‌ها
		۲/۸۸	۶۶/۸۸	۱۱	F و ۷ و ۲	۲- درماندگی انگیزشی سطح بالا
۰/۰۰۱	۶/۲۴	۱۱/۲۹	۵۵/۳۶	۴۸	F و ۷ و ۲	سایر گروه‌ها
		۸/۲۹	۶۰/۳۹	۱۱	L و K و ۳	۳- درماندگی انگیزشی سطح بالا
۰/۰۱	۲/۴۹	۲۱/۰۷	۵۰/۵۹	۴۸	L و K و ۳	سایر گروه‌ها
		۴/۹۶	۶۵/۳۰	۱۰	۱ و ۲	۴- پیچیدگی مشکل سطح بالا
۰/۰۰۰	۷/۹۵	۱۲/۸۴	۵۵/۰۰۰	۴۹	۱ و ۲	سایر گروه‌ها
		۱۰/۵۹	۶۴/۷۵	۹	L و K و ۶ و ۱	۵- مقاومت سطح بالا
۰/۰۱	۳/۹۴	۱۰/۵۷	۴۹/۶۴	۵۰	L و K و ۶ و ۱	سایر گروه‌ها
		۸/۲۱	۵۹/۵۴	۸	۴ و ۶ و ۹	۶- سبک کنار آمدن به روش بیرونی
۰/۰۱	۲/۴۷	۱۱/۶۲	۵۱/۳۱	۵۱	۴ و ۶ و ۹	سایر گروه‌ها
		۳/۷۳	۶۱/۹۳	۹	۰ و ۲ و ۷	۶- سبک کنار آمدن به روش درونی
۰/۰۰۱	۴/۲۲	۱۱/۶۶	۵۳/۲۲	۵۰	۰ و ۲ و ۷	سایر گروه‌ها

چنانکه در جدول ۴ نشان داده شده است، در همه ی موارد، شاخص‌های محاسبه شده برای ۵ بعد بالا، بیشتر از همان شاخص در مورد کل افراد مورد مطالعه است و آزمون t معنی داری تفاوت نمره

را در همه ی موارد نشان می دهد. با توجه به این نتایج می توان استنباط کرد که بین نمره های حاصل از اجرای آزمون MMPI و قضاوت بالینی مشاوران و روان شناسان در تشخیص ابعاد مختلف وضعیت مراجعان، آنگونه که در بخش های قبلی مقاله، توضیح داده شد رابطه و هماهنگی نسبی وجود دارد.

همچنین، مقایسه ی مجموع نمره های سه مقیاس ۸ و ۶ و ۴ در افراد دارای سبک کنار آمدن به روش درونی و بیرونی، نشان می دهد که مجموع این مقیاس ها در سبک کنار آمدن بیرونی، بالاتر و تفاوت در سطح  $\alpha = 0/038$  از نظر آماری معنی دار است (جدول ۴). این یافته با نظریه ی بوتلر و کلارکین هماهنگی دارد.

اما بین مجموع نمرات مقیاس های ۰، ۲ و ۷ در دو گروه دارای سبک کنار آمدن بیرونی و درونی تفاوت معنی دار وجود ندارد (جدول ۵) و این یافته، با نظریه ی بوتلر و کلارکین هماهنگی ندارد که احتمالاً به دلیل کمبود تعداد گروه نمونه ی مورد مطالعه است.

**جدول ۴: مقایسه ی مجموع نمره های سه مقیاس ۸، ۶ و ۴ در افراد دارای سبک کنار آمدن به روش درونی و بیرونی**

COPEX	t تست برای یکسانی میانگین ها			
	t	df	Sig.(2-tailed)	تفاوت میانگین
با فرض یکسانی واریانس	۲/۲۶۸	۱۵	۰/۰۳۹	۹/۴۶۷۶
با فرض عدم یکسانی واریانس	۲/۲۸۰	۱۴/۹۷۲	۰/۰۳۸	۹/۴۶۷۶

**جدول ۵: مقایسه ی مجموع نمره های سه مقیاس ۰، ۲ و ۷ در دو گروه دارای سبک کنار آمدن بیرونی و درونی**

	t تست برای یکسانی میانگین ها			
	t	df	Sig.(2-tailed)	تفاوت میانگین
با فرض یکسانی واریانس	-۲/۰۷۳	۱۵	۰/۰۵۶	-۱۱/۶۷۵۹
با فرض عدم یکسانی واریانس	-۱/۹۵۹	۷/۶۳۷	۰/۰۸۸	-۱۱/۶۷۵۹

### بحث و نتیجه گیری

همانطور که پیش از این نیز گفته شد، شدت مشکل، احتمال گرایش به افکار پارانوایی، اختلال خلق قطبی و روان پریشی را افزایش می دهد و بر کارایی مراجع در انجام کارهای روزمره ی

اجتماعی، شغلی و روابط با اطرافیان، تاثیر منفی برجای می گذارد. بنابراین برافراشتگی مقیاس های ۶ (پارانویا) ۸ (اسکیزوفرنیا) و ۹ (مانیا) به ویژه مجموع نمره های این سه مقیاس برای تشخیص شدت مشکل شاخص مناسبی به شمار می رود. نتایج حاصل از این پژوهش نیز همین مطلب را تایید می کند. هر اندازه مجموع این سه نمره بیشتر باشد شدت مشکل افزون تر و ارتباط شخص با شرایط زندگی شغلی و اجتماعی دستخوش اختلال بیشتری می شود.

درماندگی انگیزشی، تجربه ی ذهنی است که مراجع درباره شدت مشکل خود دارد. این وضعیت به صورت اضطراب، گم گشتگی (کنفوزیون) و افسردگی شدید جلوه گر می شود که با برافراشتگی مقیاس F (وانمود بد) ۲ (افسردگی) و ۷ (اضطراب و ضعف روانی) همراه است. چنانکه مارنات (۲۰۰۳) این سه مقیاس را «مقیاس های درماندگی» می نامد. برافراشتگی مقیاس های L (وانمود خوب) K (دفاعی بودن) و ۳ (هیستری) نیز یکی از شاخص های درماندگی انگیزشی است. به ویژه نمره های بالا در هر دو مقیاس L و F نشان دهنده ی احتمالی گم گشتگی ذهنی است. هر گاه برافراشتگی مقیاس های F، ۲ و ۷ با برافراشتگی مقیاس های ۳، L و K همراه باشد احتمال تشخیص درماندگی انگیزشی شدید، افزایش می یابد.

پیچیدگی مشکل با فراگیر بودن مشکل و بروز آن در موقعیت های مختلف و عوامل زمینه ساز درونی، رابطه دارد. پیچیدگی مشکل با برافراشتگی مقیاس های ۱ (خودبیمارانگاری) و ۲ (افسردگی) و همچنین با برافراشتگی مقیاس های ۷ (اضطراب و ضعف روانی) و ۸ (اسکیزوفرنیا) همراه است. به نظر بوتلر و کلارکین (۱۹۹۵) چنانچه مقیاس ۱ دست کم ۵ نمره بالاتر از مقیاس ۲ و مقیاس ۸ نیز ۵ نمره یا بیشتر از مقیاس ۷ بالاتر باشد، نشان دهنده ی مزمن بودن پیچیدگی مشکل است. یافته های این پژوهش در مورد افراد مورد مطالعه، تا اندازه ای با نظریه ی آنان هماهنگی دارد. سطح مقاومت مراجعان، میزان پذیرش و پاسخدهی آنان به درمان و یا مقاومت در برابر درمان را نشان می دهد. این حالت با وانمود خوب، داشتن حالت دفاعی (انکار مشکل)، عدم اعتماد به درمانگر و گرایش به خودبیمارانگاری، رابطه دارد و لذا با برافراشتگی در مقیاس های L، K، ۶ و ۱ همراه است. با افزایش برافراشتگی این مقیاس ها، سطح مقاومت مراجع نیز افزایش می یابد.

سبک کنار آمدن مراجع با مشکل خود، به یکی از دو صورت بیرونی کردن و درونی کردن جلوه گر می شود. حالت اول با برافراشتگی مقیاس های ۴، ۶ و ۹ همراه است که همگی با رفتارهایی مانند برون ریزی تکانشگرانه، بدبینی و بی اعتمادی، سرزنش دیگران، تلاش فعالانه برای اجتناب از



مشکل و رفتارهای جامعه‌ستیزی، رابطه دارند. سبک کنار آمدن به شیوه ی درونی کردن با ویژگی های درون‌گرایی، انزوای اجتماعی، انکار و واپس‌رانی مشکلات همراه است و لذا بر اساس برافراشتگی مقیاس‌های (درون‌گرایی اجتماعی) ۷ (اضطراب و ضعف روانی) و ۲ (افسردگی) مشخص می‌شود.

به طور کلی از یافته‌های این پژوهش نتایج زیر به دست می‌آید:

بین یافته‌های این تحقیق و نظریه ی بوتلر و کلارکین در تشخیص ابعاد مختلف وضعیت روانی مراجعان همخوانی نسبی برقرار است. بین تشخیص مبتنی بر قضاوت بالینی مشاوران و روان‌شناسان و نتایج حاصل از اجرای آزمون MMPI که توسط سنجش‌گران مستقل اجرا شده است هماهنگی وجود دارد. به سبب عینی بودن نمره‌گذاری و تفسیر آزمون MMPI، احتمالاً با به کار بستن این آزمون می‌توان با خطای سنجش کمتر و صرف زمان کوتاه‌تر ابعاد مختلف مشکلات روانی مراجعان را تشخیص داد. استفاده از مجموع نمره‌های حاصل از مقیاس‌های خاص MMPI در مقایسه با مقیاس‌های منفرد، دقت و روایی تشخیص را افزایش می‌دهد. نتایج این تحقیق را می‌توان به عنوان مقدمه‌ای برای انجام پژوهش‌های گسترده‌تر در مورد مراجعان دارای انواع مختلف اختلال‌های روانی و شخصیتی و استفاده از آزمون‌های مختلف مانند MMPI-2 و MMPI-A، پرسشنامه ی بالینی چند محوری میلون (MCMI) و آزمون‌های نوروسیکولوژی (عصبی-روانی) تلقی کرد.

#### منابع

- مارنات، گری-گروث، (۱۳۸۰). *راهنمای سنجش روانی*، جلد اول، ترجمه پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو، انتشارات رشد، تهران.
- مارنات، گری-گروث، (۱۳۸۰). *راهنمای سنجش روانی* جلد دوم، ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو، انتشارات رشد، تهران.
- داک ورت، جین سی، و آندرسون، وین، پی. (۱۳۷۸). *راهنمای تفسیر MMPI و MMPI-2*، برای مشاوران و روان‌شناسان بالینی (چاپ چهارم) ترجمه شریفی و نیکخو، انتشارات سخن، تهران.
- شریفی، حسن پاشا، (۱۳۷۹). *نظریه و کاربرد آزمون هوش و شخصیت*، انتشارات سخن تهران.

مارنات، گری - گروث، (۱۳۸۵). *راهنمای سنجش روانی*، ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو.

Kaplan, Harold I. F. & Sadock, Benjamin, J. (1991). *Synopsis of Psychiatry, Behavior Sciences, Clinical Psychology, sixth ed.* Williams and Williams, Baltimore, Maryland, USA

Murphy, Kevin, R., & Davidshofer, Charles O. (1991). *Psychological Testing. Principles and Application*, second ed. Englewood Cliff, New Jersey.

Kaplan, Robert M. & Succuzzo, Dennis O, (1989). *Psychological Testing, principle, Application, and Issues.*

Choca James P. et al. (1992). *Interpretative Guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory.*

Beutler, L.E. & Barron, M.R. (1995). *Integrative Assessment of Adult Personality.*

Beutler, L.E. & Clarkin, J.F. (1990). *Systematic Treatment Selection: Towards Targeted Therapeutic Interventions.*