

نمونه مباحث کتاب جامع آزمون های هوش و استعداد (کاربرد آزمونهای روانی در مشاوره) پارسه استاد مقدم

پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون^۱

پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون (MCMI) یک پرسشنامه خودسنج استاندارد شده است که دامنه گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان به آزمون را می‌سنجد. این پرسشنامه برای بزرگسالان 18 سال و بالاتر که دست کم توانایی خواندن آنان تا سطح کلاس هشتم است طراحی شده است. MCMI از جمله آزمون‌های منحصر به فردی است که در آن بر اختلال‌های شخصیت و نشانه‌هایی^۲ که اغلب با این اختلال‌ها همراه هستند، تأکید می‌شود. نسخه اصلی این آزمون در سال 1977 (میلون، 1977) تدوین شد و از آن زمان تاکنون دوبار تجدیدنظر شده است.

در میان آزمون‌های عینی شخصیت که کارآموزان بالینی باید با آن‌ها آشنا شوند، مدیران برنامه‌های آموزش بالینی این آزمون را از نظر اهمیت دومین آزمون پس از MMPI یا MMPI-۲ رتبه‌بندی کرده‌اند. شهرت این آزمون بیش‌تر به لحاظ کاربرد آن در کشورهای مختلف و ترجمه آن به زبان‌ها گوناگون است.

نسخه فعلی یعنی MCMI-III شامل 175 ماده است که تحت 28 مقیاس جداگانه و براساس طبقه‌بندی‌های زیر نمره‌گذاری می‌شود: شاخص‌های تغییرپذیری، الگوهای شخصیت بالینی، آسیب‌شناسی شدید شخصیت، نشانگان‌های شدید مقیاس‌ها، به همراه ماده‌های تشکیل دهنده آن‌ها، با نظریه شخصیت میلون^۳ و DSM-IV^۴ همخوانی دارند.

MCMI به خوبی مکمل MMPI است، زیرا MMPI در اصل بر اختلال‌های محور I تأکید دارد اما MCMI به طور اخص برای کمک به تشخیص اختلال‌های محور II طراحی شده است. یک امتیاز مهم MCMI این است که به طور قابل توجهی از MMPI-۲ کوتاه‌تر است و دیگر این‌که دامنه گسترده‌ای از اطلاعات را فراهم می‌سازد. تکمیل MCMI فقط 20 تا 30 دقیقه زمان می‌برد.

عواملی که کمک بسیار زیادی به تفسیر سودمند می‌کنند عبارت‌اند از آشنایی با سازه‌های نظری و داشتن تجربه کار با جمعیت‌های بالینی مربوط. دانش نظری می‌تواند از راه آشنایی با کتاب **اختلال‌های شخصیت** (چاپ دوم) میلون و دیویس^۵ (1996) و ملاک‌های تشخیصی DSM-IV بسیار یاری‌کننده باشد.

در تدوین رسمی MCMI اصلی، ترکیبی از روش‌های مبتنی بر نظریه منطقی و تجربی به کار گرفته شد. در گام نخست گنجینه‌ای از پرسش‌های دارای روایی صورتی تدوین شد که در مجموع شامل 3500 ماده بود که از نظریه‌های میلون (1969) اقتباس شد. سپس این ماده‌ها به طور منطقی به صورت 20 مقیاس مختلف گروه‌بندی شدند.

^۱ Millon Clinical Multiaxial Inventory

^۲ Symptoms

^۳ Millon

^۴ Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition

^۵ Davis

یک ویژگی MCMI و نسخه‌های تجدیدنظر شده آن، استفاده از نمره‌های برش آهنگ پایه^۶ (BR) برای تعیین وجود یا عدم یک ویژگی خاص است. نمره BR نیز مانند نمره شناخته شده T، در واقع وسیله تبدیل یک نمره خام به یک نمره معنی‌دار برای تفسیر است. با این همه، نمره‌های BR در مورد درصد معینی از یک جمعیت که تصور می‌شد دارای یک ویژگی یا نشانگان معین است برگرفته شده است.

میلون به طور اختیاری نمره 85Br را به عنوان وجود قطعی ویژگی‌های مورد نظر تعیین کرد. نمره BR پایین‌تر از 75 نشان می‌داد که برخی از ویژگی‌ها وجود دارند. نمره‌های برش با مرجع^۷ اضافی عبارت بودند از 35 برای نشان دادن نمره میانه گروه‌های بهنجار یا غیرروان‌پزشکی و نمره 60 که میانه جمعیت‌های روان‌پزشکی بود.

تدوین MCMI-II

MCMI-II (میلون، 1987) بسیاری از ویژگی‌های MCMI اصلی را حفظ کرد. مقیاس منفی‌گرایی قبلی به دو مقیاس جداگانه پرخاشگر - نافع (منفی‌گرا) و خودناکام‌ساز، تقسیم و برای این دو مقیاس جدید ماده‌هایی تدوین شد. مقیاس ضداجتماعی - پرخاشگر قبلی نیز به یک مقیاس ضداجتماعی و یک مقیاس پرخاشگر/آزارگر تقسیم شد. هم‌چنین با استفاده از روش‌هایی همانند روش‌های به کار رفته برای MCMI اصلی، ماده‌های دیگری تدوین شد. نتیجه این کار فرم موقتی 368 سؤالی MCMI-II بود.

تدوین MCMI-III

پژوهش‌های جاری، تحولات مفهومی چاپ DSM-IV، تبدیل نسخه تجدیدنظر شده MCMI-II به آخرین نسخه آن یعنی MCMI-III مؤثر بوده‌اند (میلون، 1994). به وسیله روش‌هایی مانند آنچه برای MCMI و MCMI-II به کار رفت، یک آزمون 325 سؤالی موقتی تدوین و مقیاس‌های افسردگی و PTST نیز به آن افزوده شد. مقیاس‌های اختلال شخصیت خود ناکام‌ساز و آزارگر نگه داشته شدند، اگرچه این تشخیص‌ها از DSM-IV حذف شده بود. مجموع ماده‌های MCMI-III نهایی هنوز 175 ماده بود، اما 90 ماده MCMI-II «تغییر یافت» و 85 ماده بدون تغییر در آن باقی ماند. تغییرات بیش‌تر به افزایش شدت نشانه‌ها مربوط بود. هم‌چنین تعداد ماده‌های هر یک از مقیاس‌ها به نصف کاهش یافت و تعداد کلیدها از 953 مورد در MCMI-II به 440 مورد در MCMI-III تقلیل پیدا کرد.

ملاحظات نظری

تدوین سه نسخه MCMI به میزان اندک تحت تأثیر نظریه‌های شخصیت میلون بود. یکی از اصول اساسی وی به کارگیری مقوله‌های دوقطبی^۸ مانند لذت - درد، فعال - نافع و خویشتن - دیگری است (میلون و دیویس، 1996). هر یک از این قطب‌ها را می‌توان در توصیف تفاوت‌های سازمان شخصیت برای اشخاص بهنجار و افراد دچار اختلال‌های شخصیت به کار گرفت.

نکته مهم دیگر در مورد تدوین آزمون و کاربردهای آن برای تفسیر این است که: سبک‌های شخصیت مانع‌الجمع یا گردنیامدنی^۹ نیستند. برای مثال، شخص دارای سبک ضداجتماعی ممکن است اغلب از تکانه‌های خشم و ضداجتماعی احساس ناراحتی کند و این تکانه‌ها را به شیوه‌های نافع -

^۶ Base rate (BR)

^۷ Anchor Points

^۸. Polarities

^۹. Mutually exclusive

پرخاشگر نشان دهد. موضوع دیگر این است که برافراشتگی‌های مقیاس همواره باید در متن زندگی شخص مورد بررسی قرار گیرند. نمره بالا به تنهایی و به خودی خود تشخیص دهنده اختلال شخصیت نیست. اگر شخصی بتواند موقعیت مناسبی بیابد که در آن موقعیت جلوه‌های آشکار سبک شخصیتی وی کژکار نباشد، چنین شخصی «دچار اختلال» تلقی نمی‌شود. سرانجام، طبقه‌های مختلف مقیاس‌ها (الگوهای شخصیت بالینی، آسیب‌شناسی شدید شخصیت، نشانگان بالینی، نشانگان شدید) از نظر مفهومی و بالینی با یکدیگر مرتبط هستند. دو طبقه نخست با تشخیص‌های محور II مرتبطند، اما برای تعیین سطوح بالاتر شدت اختلال‌های اسکیزوتایپی، مرزی و پارانویایی جدا عمل می‌کنند. طبقات دوم برای اندازه‌گیری نوع و سطح درماندگی در نظر گرفته شده‌اند، از این رو با سطوح تشخیص‌های محور I بیش‌تر رابطه دارند. آن‌ها نشانگر تظاهر سبک‌هایی از شخصیت هستند که کارکرد مطلوبی برای شخص ندارند.

اعتبار و روایی

مطالعات مربوط به اعتبار و روایی MCMI نشان می‌دهند که این پرسشنامه به طور کلی یک ابزار روان‌سنجی به خوبی سازمان‌یافته^{۱۰} است. اندازه‌های همسانی درونی آن به ویژه بالا است. ضرایب آلفای مقیاس‌های 20 و MCMI-III 26 بیش از 0/80 و برای مقیاس‌های افسردگی و وسواس عملی آن به ترتیب بالاتر از 0/90 و پایین‌تر از 0/66 است. ضرایب اعتبار بازآزمایی بالایی با میانه 0/91 گزارش شده است (بالاترین آن 0/96 برای اختلال جسمانی شکل و پایین‌ترین آن 0/82 برای تحقیر).

تحلیل عاملی MCMI-II به طور کلی سازماندهی مقیاس‌ها را تأیید کرده است. بزرگ‌ترین عامل که 31% از واریانس را تبیین می‌کند، مربوط به ناسازگاری کلی بود و شامل عاطفه افسرده، روابط بین فردی آشفته، عزت نفس پایین و شناخت و رفتار با خود^{۱۱} غیرعادی است. بزرگ‌ترین عامل‌های بعدی عبارت بودند از برون‌ریزی/ لذت‌جویی^{۱۲} (13 درصد از واریانس) و جسمانی‌سازی مضطرب و افسرده^{۱۳} (8 درصد از واریانس). عامل‌های آخر که بر حسب نسبت‌های واریانس تبیین شده و به ترتیب نزولی فهرست شده‌اند، عبارت بودند از دفاعی وسواسی/ پارانویایی هذیانی^{۱۴}، آزارگر پرخاشگر/ سلطه‌پذیر، اختلال‌های اعتیادی، روان‌پریشی‌گرایی^{۱۵} و تعارض با خود و دیگران/ هیجان‌پذیری پیش‌بینی ناپذیر^{۱۶}.
توان پیش‌بینی مثبت عبارت است از محاسبه این احتمال که تا چه اندازه نمره یک آزمون وجود یک ویژگی یا تشخیص را که به وسیله برخی دیگر از شاخص‌ها^{۱۷} مانند درجه‌بندی‌های بالینی تأیید شده است، به دقت تعیین می‌کند. محاسبه توان پیش‌بینی مثبت MCMI-II، توان پیش‌بینی چشم‌گیری را با دامنه 0/30 تا 0/80 نشان داده است.

محاسن و محدودیت‌ها

^{۱۰}. Well-Structured

^{۱۱}. Self-behavior

^{۱۲}. Self-indulgent

^{۱۳}. Anxious and depressed somatization

^{۱۴}. Compulsively defended/ delusional paranoid

^{۱۵}. Psychoticism

^{۱۶}. Self and other conflictual/ erratic emotionality

^{۱۷}. measures

راهبرد ساخت MCMI در خور ستایش و نوآورانه است. بخش تاریخچه و تدوین نشان می‌دهد که این آزمون شامل چه ترکیبی از روش‌های نظری - مفهومی، درونی - ساختاری و ملاک بیرونی است. هر یک از این روش‌ها به صورت مرحله‌ای پیش می‌روند؛ فقط ماده‌هایی که از مراحل قبلی مانده‌اند، نگه داشته می‌شوند. نتیجه کار ابزاری است که نسبت به نظریه بسیار وفادار است، اعتبار خوبی را نشان می‌دهد و روایی درونی و بیرونی آن بسیار نویدبخش است.

MCMI آزمونی است که از نظر صرفه‌جویی زمانی نسبتاً کارآمد^{۱۸} بوده و بالقوه دامنه گسترده‌ای از اطلاعات را فراهم می‌سازد. اهمیت اصلی آن در این است که این اطلاعات نه تنها بر نشانه‌شناسی بالینی (محور I)، بلکه بر اختلال‌های شخصیتی پایدارتر و بالقوه مشکل‌آفرین‌تر (محور II) نیز تأکید دارد. به رغم امتیازهایی که برای MCMI عنوان شده، در سنجش اختلال‌های شخصیت تعدادی از دشواری‌های ذاتی وجود دارند. یک موضوع اساسی این است که برای مقایسه سنجش‌های به عمل آمده به وسیله MCMI، هیچ «ملاک»^{۱۹} یا «معیار زرین»^{۲۰} وجود ندارد. متخصصان بالینی که بر اطلاعات اطلاعات حاصل از مصاحبه تکیه می‌کنند، حتی به هنگام استفاده از ملاک‌های جدیدتر DSM نیز به طور کلی توافق اندکی با سایر تشخیص‌گذاران دارند. از آنجایی که MCMI به ملاک‌های DSM کاملاً وفادار نیست، احتمالاً می‌تواند برای جبران برخی از نابسندگی‌های مشاهده شده در DSM به کار رود.

موضوع دیگری که با تشخیص اختلال‌های شخصیت رابطه دارد، دشواری در تمیز حالت و صفت است. از لحاظ نظری، اختلال‌های محور I اساساً با حالت‌ها رابطه دارند و ویژگی‌های محور II با صفات مرتبطند. در واقع، آن‌ها وابستگی بالایی به یکدیگر دارند و جدا کردن آن‌ها از یکدیگر اغلب دشوار است. به نظر می‌رسد که برافراشتگی‌های حالت (بالینی) MCMI رابطه نزدیکی با نمره‌های مقیاس‌های صفت (شخصیت) دارند.

یک موضوع مهم این است که آیا MCMI «اختلال‌های» شخصیت واقعی را اندازه‌گیری می‌کند یا بیش‌تر «سبک» شخصیت را می‌سنجد. بیش‌تر ترجیح می‌دهند تا به مقیاس‌های گوناگونی که به «سبک» شخصیت اشاره دارد، بیندیشند زیرا استنباط اختلال نیازمند اطلاعاتی بیش‌تر از آن چیزی است که با واقع‌بینی می‌توان در برافراشتگی‌های مقیاس پیدا کرد. MCMI در تشخیص و تعیین آسیب‌شناسی به گونه‌ای افراطی عمل می‌کند. یک مشکل دیگر این است که جمعیت‌های بهنجار یا کسانی که دچار اختلال خفیف هستند، MCMI را به خوبی تکمیل نمی‌کنند. چنین اشخاصی ممکن است دارای برافراشتگی‌های متوسطی باشند که زیر نمرهٔ برش BR75 قرار دارد، اما متخصصان ممکن است برای تفسیر این «برافراشتگی‌ها» اغوا شوند. بنابراین MCMI را فقط باید برای جمعیت‌های بالینی به کار برد.

روش تفسیر

تفسیر کارآمد MCMI به طور کلی مستلزم برخورداری از مهارت و دانش دربارهٔ آسیب‌شناسی به ویژه دربارهٔ اختلال‌های شخصیت است. متخصصان باید دست کم با موضوع‌های مربوط به اختلال‌های شخصیت و ملاک‌های DSM-IV آشنایی داشته باشند. به ویژه این که MCMI تشخیص DSM-IV را به دست نمی‌دهد؛ فقط باید در مورد جمعیت‌های بالینی به کار رود؛ این آزمون به ویژه برای سنجش توانمندی‌های شخص سودمند نیست؛ و احتمال دارد که تشخیص‌گذاری اختلال‌های شخصیت براساس آن افراط‌آمیز باشد و متخصصان بالینی در تفسیر آن زیاده‌روی کنند. موضوعی که باید

^{۱۸} time-efficient

^{۱۹} benchmark

^{۲۰} Gold standard

در تفسیر MCMII مورد توجه قرار گیرد، تأثیر احتمالی جنس، سن و قومیت است. به لحاظ استفاده از هنجارهای جداگانه برای نمره‌گذاری نیمرخ‌های مردان و زنان، اثرهای مربوط به جنس به حداقل رسیده است.

مرحله ۱ تعیین روایی نیمرخ

قبل از تفسیر مقیاس‌های شخصیت و بالینی، متخصصان باید اطمینان یابند که مراجع در گزارش نشانه‌های خود زیاده‌روی یا کم‌گویی نکرده و یا به طور تصادفی به پرسش‌ها پاسخ نداده است. روایی نیمرخ را می‌توان با توجه به الگوی نمره نشانگرهای اصلاحی (شاخص‌های روایی) سنجید: **پاسخگویی تصادفی** براساس نمره یک یا بیش‌تر در 3 ماده مقیاس روایی MCMII-III (پاسخ‌های «درست» به ماده‌های 65، 110 و 157) مشخص می‌شود.

کم گزارش کردن مشکلات در MCMII-III به وسیله نمره‌های پایین (نمره خام کم‌تر از 34) در افشارگری (x) و تحقیر (z) و نمره بالا (BR) بالاتر از 75) در مطلوب بودن (Y؛ نیمرخ «پیکانی»^{۲۱} در نشانگرهای اصلاحی) مشخص می‌شود. نیمرخ‌های **وانمود بد**^{۲۲} به وسیله نمره بالا (نمره خام بالاتر از 178) در افشارگری (x) و نمره بالا (BR) بالاتر از 75) در تحقیر (z؛ نیمرخ «دره‌ای»^{۲۳} در نشانگرهای اصلاحی) مشخص می‌شوند. برافراشتگی‌های متوسط ممکن است «فریاد کمک‌خواهی» باشد اما با نمره‌های به تدریج بالاتر (BR) بالاتر از 85) احتمال نیمرخ ناروا افزایش می‌یابد.

مرحله ۲ تفسیر مقیاس‌های اختلال شخصیت

رتزلف (1995) پیشنهاد می‌کند که متخصصان هنگام تفسیر مقیاس‌های اختلال شخصیت نخست باید ببینند که آیا هیچ‌یک از مقیاس‌های اختلال شخصیت شدید برافراشته است یا نه. اگر چنین باشد، به احتمال زیاد نشان‌دهنده آن است که یک یا بیش از یک مقیاس الگوی شخصیت بالینی نیز برافراشته خواهد بود. اما مقیاس‌های بلند در بخش اختلال شخصیت شدید باید نسبت به مقیاس‌هایی با همان میزان برافراشتگی در مقیاس‌های الگوی شخصیت بالینی، در اولویت قرار می‌گیرد. بخش‌های تفسیری مربوط به مقیاس‌های اختلال شخصیت به توصیف‌های تفسیری، نوع کدهای شایع و کاربست‌های درمانی تقسیم شده‌اند.

مرحله ۳ تفسیر مقیاس‌های نشانگان بالینی

مانند مرحله ۲، رتزلف (1995) پیشنهاد می‌کند که تفسیر هر نوع برافراشتگی در مقیاس‌های نشانگان بالینی شدید باید در اولویت قرار گیرد. هر برافراشتگی در مقیاس‌های نشانگان بالینی شدید معمولاً با برافراشتگی‌های مکمل در مقیاس‌های نشانگان بالینی اساسی و مقیاس‌های اختلال شخصیت همراه است. یکی از ویژگی‌های بی‌مانند MCMII آن است که این آزمون یک آزمون عینی است که سبک‌ها/الگوهای شخصیتی مربوط به اختلال‌های محور II را می‌سنجد.

^{۲۱} arrow

^{۲۲} Faking bad

^{۲۳} valley

مرحله ۴ بررسی پاسخ‌های برجسته (ماده‌های بحرانی)

راهنمایی MCMI یک رشته از پاسخ‌های برجسته را در پیوست M فهرست کرده است. این پاسخ‌ها پیرامون موضوع‌های نگرانی درباره تندرستی، بیگانگی میان فردی، کنترل ناکارآمد هیجانی، خود تخریبی بالقوه، بهره‌کشی کودک^{۲۴} و اختلال(های) خوردن سازمان یافته‌اند.

مرحله ۵ ارایه برداشت‌های تشخیصی

متخصصان بالینی با در نظر گرفتن توصیف‌های تفسیری نیمرخ مراجع (مراحل 2، 3 و 4) به همراه اطلاعات مربوط دیگر، می‌توانند مناسب‌ترین تشخیص را صورت‌بندی کنند.

مرحله ۶ شرح دلالت‌ها و توصیه‌های درمانی

نشانه‌های گزارش شده و بازتاب‌یافته در برافراشتگی مقیاس‌های نشانگان بالینی (اضطراب، افسردگی، سوءمصرف مواد و از این قبیل) جزو مشکل‌سازترین نشانه‌ها بوده و باید به عنوان اولویت نخست در نظر گرفته شوند. اما لازم است که این نشانه‌ها در بافت الگوها و آسیب‌شناسی‌های شخصیت مراجع درک شوند. به دنبال هر یک از مقیاس‌ها اختلال شخصیت، بخش‌هایی درباره پیشنهادها^{۲۵} مربوط برای توصیه‌های درمانی وجود دارند.

شاخص‌های اصلاحی (مقیاس‌های روایی)

شاخص‌های اصلاحی MCMI برای تعیین نیمرخ‌های پاسخ‌دهی تصادفی، وانمود بد و وانمود خوب مناسب هستند. با وجود این، به نظر می‌رسد که ضریب تشخیص این شاخص‌ها در مقیاسه MMPI کم‌تر باشد و همانند MMPI نیمرخ‌های وانمود بد آن در مقایسه با نیمرخ‌های وانمود خوب (دفاعی) دقیق‌ترند. سودمندترین ابزار برای تصمیم‌گیری‌های مربوط به روایی که در بالا عنوان شد، بررسی دقیق سطح کارکرد قبلی و فعلی مراجع است.

شاخص‌های روایی (مقیاس ۷)

شاخص روایی MCMI-III از 3 ماده (شماره‌های 65، 110، 157) تشکیل شده است که اگر پاسخ درست^{۲۵} به آن‌ها داده شود، نشانگر پاسخ‌های بی‌معنی یا پوچ^{۲۶} است. در نتیجه، تأیید این ماده‌ها قویاً نشان می‌دهد که شخص به طور تصادفی پاسخ داده است.

شاخص افشاگری (مقیاس X)

شاخص افشاگری برای اندازه‌گیری این موضوع طرح شده بود که آیا پاسخ‌های مراجع بی‌پرده و افشاگرانه یا برعکس دفاعی و پنهان‌کارانه است. اگر نمره خام MCMI-III در شاخص افشاگری پایین‌تر از 34 باشد، به احتمال زیاد نشانگر یک گزارش دفاعی است که آسیب‌شناسی روانی را کم‌تر از اندازه واقعی گزارش می‌کند. هم‌چنین ممکن است به این معنی باشد که شخص پرسش‌ها را به درستی نخوانده یا آن‌ها را نفهمیده است. یک تفسیر دیگر این است که مراجع نامطمئن، خوددار و بسیار نگران و در پی تأیید اجتماعی است. نمره‌های خام بالاتر از 178 در MCMI-III نشان می‌دهند که فرد در نشانه‌های خود به اندازه زیادی اغراق کرده است.

^{۲۴} Childhood abuse

^{۲۵} true

^{۲۶} absurd

شاخص مطلوب بودن (مقیاس Y)

مانند شاخص افشاگری، شاخص مطلوب بودن نیز شاخص یا سنجه‌ای از پاسخدهی دفاعی است. نمره‌های بالاتر از 75BR نشان می‌دهند که فرد خود را به گونه‌ای غیرعادی اخلاقی، از نظر میان فردی مطلوب، از نظر هیجانی بسیار پایدار، بسیار مردم‌آمیز، منظم و بسیار پایبند قواعد اجتماعی نشان می‌دهد. نمره‌های به تدریج بالاتر بیانگر آن است که شخص جزئیات مهم درباره مشکلات روان‌شناختی یا میان فردی را کتمان می‌کند. با این حال، این مقیاس یک مقیاس به ویژه خوب محسوب نمی‌شود و باید آن را با احتیاط تفسیر کرد.

شاخص تحقیر (مقیاس Z)

شاخص تحقیر نشان می‌دهد که شخص تا چه اندازه خود را با اصطلاحات آسیب‌شناسی منفی توصیف می‌کند. این توصیف ممکن است شامل احساس پوچی یا خشمگین بودن، به سادگی گریه کردن، داشتن عزت نفس پایین، احتمالاً خود تخریب‌گری و اغلب احساس تنیدگی، احساس گناه و افسردگی است. نمره‌های بالاتر از 85BR نشان دهنده فریاد کمک‌خواهی ناشی از درماندگی روانی حاد یا یک نیمرخ با وانمود بد است. این مقیاس نیز مانند شاخص مطلوب بودن، کارایی ویژه‌ای ندارد و باید با احتیاط تفسیر شود.

الگوهای شخصیت بالینی

اسکیزوئید (مقیاس ۱)

ویژگی اصلی اشخاص دارای برافراشتگی در این مقیاس، علاقه اندک یا بی‌علاقگی آنان به دیگران است. زندگی آنان در تنهایی سپری می‌شود. آنان افرادی بی‌احساس، خشک، نافع و دیرآشنا هستند و اگر دوستانی داشته باشند تعدادشان بسیار اندک است. در نتیجه، آنان اغلب در حاشیه جامعه ایفای نقش می‌کنند و اغلب فاقد میل جنسی هستند. به ندرت احساس بسیار عمیق را تجربه می‌کنند. این افراد به طور کلی نسبت به تشویق شدن یا مورد انتقاد قرار گرفتن از سوی دیگران بی‌اعتنا هستند. این افراد همچنین فاقد سرزندگی و نشاط هستند و حرکاتشان تقریباً مانند یک روبات^{۲۷} عمل می‌کنند. در نتیجه، دیگران ممکن است آنان را عجیب یا «دوری‌گزین»^{۲۸} تلقی کنند. شکایت همیشگی همسرشان این است که صمیمت، مشارکت و تفاهم‌شان ناکافی است. یک امتیاز این سبک شخصیتی آن است که چنین اشخاصی معمولاً از هیچ چیزی به طور خاص پریشان نمی‌شوند. همچنین افرادی کاملاً خود بسنده‌اند، به طوری که می‌توانند به آسودگی دوره‌های زمانی طولانی را در تنهایی بگذرانند و احتمالاً زندگی تخیلی پرباری دارند.

انواع کدهای شایع

مقیاس‌های بالینی که احتمالاً همراه با مقیاس اسکیزوئید برافراشته می‌شوند عبارت‌اند از اضطراب و اختلال فکر. این موضوع نشان می‌دهد که گاهی اوقات ممکن است تفکر وسواسی اسکیزوئید با حالت‌های روان‌پریشی کوتاه‌مدت همراه شود. مقیاس‌های شخصیتی که اغلب همراه با مقیاس اسکیزوئید برافراشته می‌شوند عبارت‌اند از اجتنابی، نافع - پرخاشگر (منفی‌گرا)، وابسته و جبری. اگر هر دو مقیاس اسکیزوئید و اجتنابی برافراشته باشند، مشکل مصرف الکل باید مورد بررسی قرار گیرد. برافراشتگی‌های مقیاس نافع - پرخاشگر (منفی‌گرا) (همراه با اجتنابی) تأکیدی بر احساسات

^{۲۷} robotlitke

^{۲۸} Spacey

تعارض‌آمیز و آزرده‌گی احتمالی است که آنان نسبت به روابط میان فردی محدود خویش نشان می‌دهند. برافراشتگی مقیاس **وابسته** (همراه با اجتنابی) نشان می‌دهد که آنان در مقایسه با دیگران احساس مهم بودن و شایستگی کم‌تری می‌کنند. وقتی مقیاس **جبری** برافراشته باشد، این اشخاص فردی منضبط، بسیار منظم، از نظر هیجانی مهار شده، موشکاف، قابل اعتماد و با پشتکار خواهند بود.

دلالت‌های ۲۹ درمانی

دو هدف عمده به هنگام کار با اشخاص دارای برافراشتگی در مقیاس اسکیزوئید عبارت‌اند از (الف) تشویق آنان به این‌که دست کم تا اندازه‌ای تعامل اجتماعی خود را افزایش دهند و (ب) کمک به آنان برای افزایش توانایی‌شان در تجربه لذت.

اجتنابی (مقیاس 2A)

اگر چه اسکیزوئیدها نسبت به روابط بی‌اعتنا هستند اما اجتنابی‌ها به شدت خواهان پذیرفته‌شدن و درگیری با سایر افرادند. آنان محیط خود را از نظر تهدیدکنندگی با احتیاط بررسی می‌کنند و همیشه می‌کوشند تا حد امکان خود را به گونه‌ای مطلوب جلوه‌گر سازند. علاوه بر ترس و خودانتقادگری، محیط‌های اجتماعی خود را محدود می‌سازند و همواره در پی حفظ فاصله و خلوت خویش هستند. جنبه مثبت افراد اجتنابی این است که احتمال دارد نسبت به نیازها و دیدگاه‌های دیگران بسیار حساس باشند.

انواع کدهای شایع

افراد اجتنابی و افراد مرزی احتمالاً انواع گسترده‌ای از اختلال‌های مربوط به محور I را تجربه می‌کنند. در نتیجه دیدن برافراشتگی در چند مقیاس نشانگان بالینی بسیار متداول است. در میان شایع‌ترین اختلال‌های مربوط می‌توان به اضطراب فراگیر^{۳۰} و هراس^{۳۱} و هراس‌های اجتماعی^{۳۲} اشاره کرد. افسردگی و نشانگان خودبیمارانگاری^{۳۳} و اختلال‌های تبدیلی^{۳۴} نیز ممکن است رخ دهند. مقیاس‌های الگوی شخصیت که ممکن است برافراشته باشند عبارت‌اند از وابسته، اسکیزوئید، نافعال - پرخاشگر (منفی‌گرا)، خودشيفته و ضداجتماعی. برافراشتگی مشابه در مقیاس **وابسته** موجب افزایش پویایی‌های مرکزی اجتنابی می‌شود، به طوری که شخص نه تنها نیازهای نیرومندتری برای درگیری با دیگران دارد بلکه از سوی آن‌ها حمایت شده و راهنمایی دریافت می‌کند. اجتنابی در ترکیب با **اسکیزوئید**، موجب افزایش بُعد فقدان آگاهی یا حتی بی‌علاقگی نسبت به احساسات شخصی است. برافراشتگی‌های **نافعال - پرخاشگر (منفی‌گرا)** بیانگر تندخویی و عصبانیت به همراه دشواری قابل توجه برای اعتمادکردن به دیگران است. از آنجا که بسیاری از اشخاص دارای ویژگی‌های اجتنابی عزت‌نفس پایینی دارند، اجتنابی‌های دارای برافراشتگی در مقیاس **خودشيفته** به یک احساس اهمیت نخوت‌بار^{۳۵} دچارند و ارزش خود را بیش از اندازه برآورد می‌کنند. برافراشتگی‌های مقیاس **ضداجتماعی** نشانگر یک لحن خصمانه رقابت‌جویانه از شخصیت اجتنابی است که ممکن است در رفتارهای خصمانه و بهره‌کشی جلوه‌گر شود.

^{۲۹} implications

^{۳۰} Generalized anxiety

^{۳۱} Phobic

^{۳۲} social phobias

^{۳۳} hypochondriacal syndromes

^{۳۴} conversion disorders

^{۳۵} inflated

دلالت‌های درمانی

افراد اجتنابی از جمله فراوان‌ترین مراجعان برای درمان به شمار می‌روند. یک موضوع بالقوه دشوار این است که فقط اطلاعاتی را فاش می‌سازند که مطمئن باشند موجب طردشدن آنان از سوی درمانگر نمی‌شود. تکلیف درمانی اساسی تغییر خودانگاره^{۳۶} این مراجعان است، اما این کار مستلزم اقداماتی در مورد رفتار میان فردی و کمک به آنان برای تنظیم خُلقشان است. فنون به ویژه سودمند عبارت‌اند از رویارویی عینی براساس سلسله مراتب درجه‌بندی شده، آموزش کنترل اضطراب، بازجهت‌یابی^{۳۷} شناختی برای چالش با خطاهای تفکر، جرأت‌آموزی و احتمالاً مداخله‌های داروشناختی روانی^{۳۸} برای درمان اضطراب و حمله‌های وحشت‌زدگی احتمالی.

افسردگی (مقیاس 2B)

سبک شخصیتی افسرده نه تنها شامل نشانه‌های بازگشتی افسردگی است، بلکه الگوی پایداری از افکار، نگرش‌ها، رفتارها و خودپندارهٔ مربوط به افسردگی را در برمی‌گیرد. این قبیل بیماران خود را بی‌ارزش، آسیب‌پذیر، نابسند، ناموفق و گناه‌کار تلقی می‌کنند و اغلب درگیر انتقاد از خویش هستند. آنان به ندرت رفتار فعال یا جسارت‌آمیزی را برای به دست آوردن تقویت از سوی دیگران نشان می‌دهند. در نتیجه، سبک میان فردی آنان به گونه‌ای است که بیش‌تر به تقویت افسردگی‌شان منجر می‌شود و در نهایت کارشان به احساس خشم، آزرده‌گی و بدبینی می‌انجامد. اختلال شخصیت افسرده را می‌توان از اختلال عاطفی (خلقی) عمده و افسرده‌خویی تمیز داد، به طوری که در اختلال شخصیت افسرده، آغاز نشانه‌ها زود هنگام و پایدار (در مقابل سریع‌تر و شدیدتر) همراه با صفات شخصیتی چندگانهٔ همخوان با افسردگی است. از آنجا که افراد افسرده بسیار درون‌نگر^{۳۹} هستند، از توانایی و جهت‌گیری برای رسیدن به بینش عمیق برخوردارند. به علاوه، از نظر هیجانی پاسخگر و اغلب دارای احساس عمیقی هستند. از سطح درماندگی آنان نیز می‌توان به عنوان وسیله‌ای برای ترغیب‌شان به تغییر استفاده کرد.

انواع کدهای شایع

محتمل‌ترین برافراشتگی‌های مقیاس‌ها بالینی مربوط به اختلال افسرده‌خویی، افسردگی عمده و احتمالاً دوقطبی: مانیایی است. همپوشی مفهومی و بالینی قابل توجه با سایر مقیاس‌های شخصیت ممکن است برافراشتگی‌های مکرر مربوط در مقیاس‌های اسکیزوپسید، اجتنابی، نافع‌ال - پرخاشگر (منفی‌گرا)، خود ناکام‌ساز (خود آزارگر) و مرزی را سبب شود. برافراشتگی مرتبط در مقیاس اسکیزوپسید بیانگر یک عنصر بی‌احساس، بی‌تفاوت، خودبسند برای سبک افسردگی است. اگر هر دو مقیاس افسردگی و اجتنابی برافراشته باشند، سبک افسردگی با اضطراب و ترس از تحقیر شدن مشخص می‌شود که در این صورت برای حراست از خود به انزوا کشیده می‌شوند. آنان به درون‌نگری مفرط می‌پردازند. برافراشتگی در مقیاس نافع‌ال - پرخاشگر (منفی‌گرا)، افسردگی را با خشم، تحریک‌پذیری و شکوه از بی‌حوصلگی درهم می‌آمیزد. بین افسردگی و خودناکام‌سازی (خودآزاری) شباهت‌های روشنی وجود دارد. اما برافراشتگی در هر دوی این مقیاس‌ها نشانگر ترندهای فعالی است که احتمالاً به سرزنش بی‌مورد و انتقاد ناروا می‌انجامد. ترکیب مرزی و افسردگی

^{۳۶} Self-image

^{۳۷} reorientation

^{۳۸} Psychopharmacological

^{۳۹}. introspective

بر دشواری جدی برای کنترل عاطفه و رفتار تأکید می‌کند. نوسان‌های چرخه‌ای فشار هیجانی و انتقاد، به فوران‌های تکانشی می‌انجامد که گاهی اوقات ماهیت خودتخریبی دارند.

دلالت‌های درمانی

کانون عمدهٔ مداخله باید کار روی احساس بی‌حرکی نومیدانه و باوراندن آنان به این واقعیت باشد که درد هیجانی یک شرط اجتناب‌ناپذیر زندگی است. مداخله‌های مربوط به رفتار میان فردی، طرحواره‌های شناختی، خودپنداره و انتظارات اغلب ضروری خواهد بود. فنون ویژه احتمالاً مشتلمند بر مهارت‌های اجتماعی و جرأت‌آموزی، مداخله‌های شناختی که فرض‌های زیربنایی را به چالش می‌خوانند، برنامه‌های رفتاری که فعالیت‌های مرتبط با لذت^{۴۰} را افزایش می‌دهند و شرکت در گروه‌هایی که حمایت و تشویق برای تغییر را درهم می‌آمیزند.

وابسته (مقیاس ۳)

ویژگی اصلی برای اشخاص داری برافراستگی در این نیم‌رخ این است که برای کارکرد مستقلانه احساس توانایی و کفایت نمی‌کنند و از این رو با افرادی که تصور می‌کنند می‌توانند آنان را هدایت کرده و از ایشان نگهداری کنند، پیوندهای نیرومند برقرار می‌سازند. آنان به سرعت روابط برقرار می‌کنند و مسئولیت تصمیم‌های خود را نمی‌پذیرند. آنان برای حفظ دوستی‌هایشان بسیار سلطه‌پذیر و همکاری‌کننده‌اند و هرگونه هیجان نامطلوب را از ترس این که مبدا هیجان‌هایشان دیگران را فراری دهد، پنهان می‌سازند. بنابراین، مشکلات عینی را به حداقل می‌رسانند، به ندرت با دیگران مخالفت می‌کنند، برافراستگی‌های این مقیاس با پرخوری^{۴۱} هماهنگ است.

نوع کدهای شایع

شایع‌ترین مشکل مربوط به محور I احتمالاً یک اختلال اضطرابی است که ممکن است شامل حمله‌های وحشت‌زندگی^{۴۲}، هراس‌های اجتماعی و حمله‌های گذر هراسی باشد که اغلب مرتبط با یا راه‌اندازی شده به وسیلهٔ ترس‌های جدایی است. اختلال‌های خلقی ممکن است با برافراستگی‌های مرتبط در مقیاس افسرده‌خویی و دوقطبی: مانیایی جلوه‌گر شود، هم‌چنین افسردگی عمده نیز ممکن است شایع باشد. برافراستگی‌های مکرر مقیاس مرتبط در مقیاس‌های شخصیت شامل اجتنابی، اسکیزوئید، جبری، نافع - پرخاشگر (منفی‌گرا)، نمایشی و خودناکام‌ساز است. برافراستگی مرتبط در مقیاس **جبری** نشان می‌دهد که ویژگی‌های وابستگی با تلاش برای جلب تأیید و محبت دیگران ترکیب شده و به صورت کمال‌گرایی، منضبط بودن، سخت‌کوشی و پشتکار جلوه‌گر می‌شود.

برافراستگی‌های **نافع - پرخاشگر (منفی‌گرا)** به همراه وابسته نشان می‌دهند که هر چند شخص در پی آن است که تحت راهنمایی و رهبری دیگران قرار بگیرد، اما دربارهٔ چنین روابطی به واقع دچار تعارض است. وقتی مقیاس **خود ناکام‌ساز** به همراه مقیاس وابسته برافراشته است، عزت نفس ضعیف مراجع را برجسته‌تر می‌سازد که ممکن است ناشی از درگیری وی با برخی از روابط آزاردهنده گذشته باشد. اگر چه این افراد نومیدانه خواهان جلب محبت دیگران هستند، اما این تمایل را به شیوه‌ای منفی و بدبینانه جلوه‌گر می‌سازند.

۴۰. Pleasure-related

۴۱. bulimia

۴۲. Panic attacks

دلالت‌های درمانی

افراد وابسته اغلب در پی درمان برمی‌آیند. معمولاً، تفاهم^{۴۳} بسیار ساده برقرار می‌شود، به ویژه اگر درمانگر به شیوه مقتدرانه، آرامش‌بخش و جسورانه واکنش نشان دهد. اما بزرگ‌ترین خطر (یا چالش) در این است که روابط ممکن است به گونه‌ای شکل بگیرد که درمانگر با تقویت الگوی وابستگی، تبدیل به یک ناجی شود. یک هدف مهم، کاهش الگوها و دل‌بستگی مراجعان و در مقابل تشویق آنان به تعامل‌های مستقیم‌تر و جسورانه‌تر است. فنون ویژه احتمالاً شامل جرأت‌آموزی، مهارت‌های کاهش اضطراب (تنفس عمیق، آرمیدگی عضلانی، مراقبه^{۴۴})، نقش‌گزاری^{۴۵}، گروه درمانی (برای کشف تأثیر آن‌ها بر دیگران) و فنون روان‌کاوانه است تا درمانگر بتواند درباره‌ی خاستگاه الگوهای وابستگی کاوش کند.

نمایشی (مقیاس ۴)

اشخاص نمایشی، با احساس، پرشور و هیجانی هستند. تحمل آنان برای بی‌حوصلگی و دل‌تنگی بسیار اندک است و همواره در جستجوی موقعیت‌های جدید هستند. گرم گرفتن با مردم و برقراری سریع دوستی‌ها برایشان آسان است. اما در پس این رفتارهای به ظاهر جسارت‌آمیز و مستقلانه نیازهای نیرومند وابستگی قرار دارد. افراد نمایشی ممکن است مهربان، پرشور، جالب، دوست‌داشتنی و از نظر هیجانی پاسخگر باشند؛ آنان معمولاً درک خوبی از شوخ‌طبعی دارند.

انواع کدهای شایع

به دلیل احساسات زیربنایی وابستگی، افراد نمایشی احتمالاً اضطراب‌های جدایی یا گذر هراسی را به عنوان نمودی از ترس‌هایشان درباره‌ی پوچی تجربه می‌کنند. نشانه‌های تبدیلی یا خود بیمارانگاری نیز ممکن است وسیله‌هایی برای بیان نمایشی نیازهایشان باشد و نیاز آنان به تحریک‌جویی ممکن است سوء‌مصرف مواد را سبب شود. برافراشتگی‌های احتمالی همراه در مقیاس‌های شخصیت شامل وابسته، خودشیفته، نافع‌ال - پرخاشگر (منفی‌گرا)، ضداجتماعی و جبری است. به همراه برافراشتگی در مقیاس نمایشی، اغلب یک برافراشتگی مربوط در مقیاس خود شیفته نیز رخ می‌دهد که به طور کامل نشان دهنده‌ی شخص نمایشی است که درباره‌ی بسیاری از کیفیت‌های خود محورانه‌ی نمایشی اغراق می‌کند. وجود برافراشتگی همراه در مقیاس **نافع‌ال - پرخاشگر (منفی‌گرا)**، مشکل‌زاست زیرا نشان می‌دهد که افراد نمایشی علاقه‌ای به پذیرش هیجان‌های منفی خویش مانند خشم و آزرده‌گی ندارند. همچنین، برافراشتگی در مقیاس **ضداجتماعی** برای این اشخاص تعارض ایجاد می‌کند. آنان وابستگی بسیاری به دیگران دارند اما در عین حال عنوان می‌کنند که خشم، عدم وابستگی و آزرده‌گی‌شان احتمالاً موجب فاصله گرفتن افرادی شده است که نسبت به آنان به شدت نیازمندند. ممکن است از راه دلربایی، صمیمیت و آمیزش با دیگران رابطه برقرار کنند، اما سرانجام احساسات ضداجتماعی آنان به صورت آزرده‌گی، بی‌اعتمادی و حتی خشم جلوه‌گر می‌شود. برافراشتگی‌های مقیاس **جبری** به همراه مقیاس نمایشی نیز نشانگر یک رابطه‌ی تعارض‌آمیز است که در یک سوی آن شخص می‌خواهد بی‌قید و هیجانی باشد و از سوی دیگر معتقد به اهمیت کنترل مفرط هیجانی است.

۴۳. rapport

۴۴. meditation

۴۵. roleplaying

دلالت‌های درمانی

افراد نمایشی معمولاً برای شرکت در درمان با انگیزه‌اند زیرا بر اثر مورد انتقاد واقع شدن و محرومیت اجتماعی همواره دچار سرخوردگی بوده‌اند. از آنجا که هیجانی، حساس و مهربان بوده و در پی حمایت و تأیید دیگران هستند، ممکن است به سادگی در درمان شرکت کنند. این ویژگی‌ها معمولاً به سطح بالای انگیزش نخستین و یک پیش‌آگهی خوب می‌انجامد. یکی از هدف‌های اصلی درمان، کاهش جلوه‌گری‌های مفرط^{۴۶} آن‌ها است. رویکرد شناختی آرامش‌بخش و عینی اغلب برای دستیابی به این هدف سودمند است. به علاوه، مداخله‌های گروهی یا خانوادگی نیز می‌تواند در افزایش و به کار بستن مهارت‌های میان فردی اصلاح شده سودمند باشد. با توجه به سبک برونی‌سازی سازگاری آنان، یک رویکرد رفتاری همراه با آموزش مهارت‌های ویژه احتمالاً مؤثرتر از رویکردهایی است که سعی در ایجاد بینش گسترده دارند.

خودشیفته (مقیاس ۵)

ویژگی‌های اصلی افراد دارای برافراستگی در این مقیاس، احساس اغراق‌آمیزی است که درباره اهمیت و شایستگی خویش دارند. از این رو ممکن است پُرافاده، مغرور، فخر فروش، خودنما و خودپسند به نظر برسند. آنان خود را با هوش، فرهیخته، اجتماعی و جذاب نشان می‌دهند و به ظاهر بسیار خوش‌بین بوده و آرامش ساختگی دارند. آنان به ندرت درباره خود تردید نشان می‌دهند. اگر در موقعیت‌هایی قرار بگیرند که مورد انتقاد واقع شوند، ممکن است نسبت به کسانی که آنان را مورد انتقاد قرار داده‌اند بسیار رقابت‌جو و پرخاشگر شوند و یا با توهین و بی‌اعتنایی پاسخ دهند. اغلب، در نخستین تماس‌هایشان با دیگران برداشت فوق‌العاده‌ای در آنان برجای می‌گذارند و حتی ممکن است احترام و عاطفه دیگران را برانگیزند.

انواع کدهای شایع

از آنجا که اشخاص خودشیفته مستعد ابتلا به اختلال‌های عاطفی (خلفی) و سوء‌مصرف مواد هستند، مقیاس‌های بالینی مربوط (دوقطبی: مانیایی، افسرده‌خویی، وابستگی به الکل، وابستگی به دارو، افسردگی عمده) را در مورد آنان بررسی کنید. مقیاس‌های بالینی که احتمالاً برافراشته خواهند بود شامل اجتنابی، نمایشی، ضداجتماعی و نافع‌ال - پرخاشگر (منفی‌گرا) است. برافراستگی‌های مقیاس خودشیفته و ضداجتماعی تأکید بر ویژگی‌های خودمحورانه، رقابت‌جویانه و احتمالاً پرخاشگرانه و ترسناک این اشخاص دارد. ترکیب نافع‌ال - پرخاشگر (منفی‌گرا) و خودشیفته این اشخاص را در یک وضعیت تعارض‌آمیز دشوار قرار می‌دهد. آنان سعی دارند تا خود را در رابطه با دیگران برتر و خاص تلقی کنند، اما در عین حال از محدودیت‌های خود به دقت آگاهند.

دلالت‌های درمانی

چون شرکت در درمان به معنی پذیرش بی‌چون و چرای نارسایی‌هاست، بنابراین اقدام به درمان توسط خود افراد خودشیفته نامعمول است. آنان در روابط میان فردی ممکن است گوشه‌گیر باقی بمانند و اغلب با درمانگر رقابت‌جویی کنند. ساده‌ترین تدبیر برای بازگرداندن آنان به سطح قبلی کارکردشان، تشویق و حمایت از آنان برای شرح و بازگویی^{۴۷} موفقیت‌ها و پیشرفت‌های قبلی است. یک شیوه به ویژه سودمند می‌تواند بازجهت‌یابی^{۴۸}

^{۴۶} overdramatization

^{۴۷} recounting

^{۴۸} reorientation

شناختی باشد؛ در این روش به آنان کمک می‌شود تا نیاز به کامل بودن را به چالش گیرند و نسبت به انتقاد بی‌اعتنا شوند. گروه درمانی و خانواده درمانی ممکن است آنان را در دستیابی به مهارت‌های میان فردی واقع‌گرایانه‌تر و سازگارانه‌تر یاری دهد. با توجه به این که آنان ممکن است نقایص را انکار و در برابر تغییر مقاومت کنند، مداخله‌های تناقضی یا رویکردهایی که از فنون غیررهنمودی^{۴۹} یا خودراهبر^{۵۰} استفاده می‌کنند ممکن است بهترین نتایج را به بار آورند.

ضداجتماعی (مقیاس 6A)

درون‌مایه اصلی اشخاص دارای برافراشتگی در این مقیاس، رقابت‌جویی همراه با برون‌ریزی تکانشورانه احساسات ضداجتماعی است. اعمال آنان اغلب شتاب‌زده، کوتاه‌بینانه و نسنجیده است و به طور کلی پیامدهای اعمالشان را تا مرز بی‌اعتنایی به امنیت خود و دیگران نادیده می‌گیرند. آنان ممکن است از نظر میان فردی بی‌مسئولیت باشند، به طوری که حقوق فردی دیگران را در بافت‌های شغلی، زناشویی، والدینی و یا مالی زیر پا می‌گذارند. جلوه‌های مکرر جاه‌طلبی‌های سنگدلانه خود را با اشاره به سوءاستفاده‌گر بودن دیگران توجیه می‌کنند، یا این که کارکرد جهان را براساس «قانون جنگل» مفهوم‌سازی می‌کنند. آنان به لحاظ داشتن چنین نگرش‌هایی، افرادی بدگمان، شکاک، محافظه‌کار و نجوش هستند.

انواع کدهای شایع

افراد ضداجتماعی به دلیل تکانشوری و لذت‌گرایی، مستعد سوءمصرف مواد هستند. اگر چه به طور کلی اضطراب ندارند، اما ممکن است به اختلال‌های عاطفی دچار شوند، به ویژه هنگامی که برای برون‌ریزی ضداجتماعی مؤاخذه می‌شود. مقیاس‌های شخصیتی مربوط که اغلب برافراشته‌اند عبارت‌اند از اجتنابی، وابسته، خودشیفته، نمایشی، جبری، نافع - پرخاشگر (منفی‌گرا) و پرخاشگر (آزارگر). نمره‌های بالا در مقیاس ضداجتماعی و وابسته نشان می‌دهد که این اشخاص به تعارض شدیدی دچارند زیرا جهان را مکانی سخت رقابت‌جویانه ادراک می‌کنند؛ از این رو همزمان احساس می‌کنند که برای حمایت و هدایت‌شدن نیاز دارند که به دیگران تکیه کنند. ترکیب ضداجتماعی و جبری نیز یک ترکیب متضاد است. این اشخاص از نظر درونی احساس تکانشوری می‌کنند اما به انضباط، کنترل، پایداری و اعتمادپذیری معتقدند. راهبرد معمول آنان از نظر هیجانی مهارشده‌ی مفرط، محتاط بودن و تعمق است. وقتی مقیاس نافع - پرخاشگر (منفی‌گرا) و مقیاس ضداجتماعی هر دو بلند باشند، نشان‌دهنده ویژگی‌های خشم و دلخوری ضداجتماعی است، اما همین افراد ممکن است به گرمی و صمیمیت تمایل داشته باشند که از راه برقراری ارتباط می‌تواند به آن دست یافت. در هر حال، آنان جهان را میدان مبارزه‌ای می‌دانند که در آن اغلب موقعیت‌ها در چارچوب «برد و باخت» جای می‌گیرند. ترکیب نامعمول ضداجتماعی و پرخاشگر (آزارگر) از آن جهت قابل توجه است که نشان می‌دهد هرگونه برون‌ریزی، بی‌رحمانه، بدخواهانه و سنگ‌دلانه خواهد بود. برافراشتگی مقیاس پرخاشگر (آزارگر) نشان می‌دهد که بیان احساس‌های ضداجتماعی به صورت مستقیم، آشکار و استثمارگرانه صورت می‌گیرد.

دلالت‌های درمانی

افراد ضداجتماعی معمولاً نیازی به درمان احساس نمی‌کنند و در اغلب موارد از سوی دادگاه‌ها ارجاع می‌شوند و یا بر اثر تهدیدهای همسرانشان به این که آنان را ترک خواهند کرد، مراجعه می‌کنند. همین‌که درمان را شروع کردند، ممکن است آشکارا در برابر مداخله‌های درمانگر ایستادگی کنند و

^{۴۹} nondirective

^{۵۰} Self-directed

یا با این امید که بتوانند به گونه‌ای از موقعیت سوءاستفاده کنند همکاری ظاهری نشان می‌دهند. مناسب‌ترین مداخله‌ها آنهایی هستند که هدفشان تغییر شکل‌های ویژه‌ای از رفتار به همراه محدودیت‌های روشن است: یعنی تغییر یا اصلاح رفتار، پیمان‌نامه رفتاری^{۵۱} و مراقبت بیرونی رفتار. افراد ضداجتماعی احتمالاً به مداخله‌های درونی کردن بینش مدار^{۵۲} پاسخ نمی‌دهند. به علاوه، چون سطح انگیزتگی آنان معمولاً پایین است، می‌توان از فنونی فونوی که موجب افزایش انگیزتگی، درماندگی یا حتی اضطراب آنان می‌شوند استفاده کرد، با این هدف که سطح انگیزش آنان افزایش یابد. یک بافت گروهی به ویژه می‌تواند کارساز باشد، زیرا افراد ضداجتماعی بیش‌تر تحت تأثیر همتایان قرار می‌گیرند و از مراجع قدرت کم‌تر تأثیر می‌پذیرند. یک هدف واقع‌گرایانه عبارت از کاهش نشانه‌ها یا رفتارهای ویژه موردنظر، به خصوص پرخاشگری، تخریب‌گری، تکانشوری و عاطفه ضعیف است.

پرخاشگر (آزارگر؛ مقیاس 6B)

افرادی که در مقیاس پرخاشگر نمره بالا می‌گیرند معمولاً رقابت‌جو، با انرژی، سرسخت، سلطه‌گر و از نظر اجتماعی خودکامه و نابردارند. آنان مستعد فوران‌های پرخاشگری هستند که ممکن است به شکلی سنگدلانه و با آگاهی اندک از تأثیر اعمال پرخاشگرانه کلامی یا بدنی ایشان نشان داده شود. از بسیاری جهات، این حالت را می‌توان نوع شدیدتری از آسیب‌شناسی شخصیت ضداجتماعی در نظر گرفت. آنان تقریباً از درد و تنبیه تأثیر نمی‌پذیرند و ممکن است با حالتی جسورانه و بی‌پروا عمل کنند. فقدان احساس شرمساری، احساس گناه، احساساتی بودن یا تعارض‌های درونی در آنان قابل توجه است. جنبه‌های مثبت اشخاص دارای این نیمرخ، سازگاری مؤثر آنان با چالش‌ها است.

انواع کدهای شایع

خوشبختانه، فراوانی برافراشتگی‌های مقیاس پرخاشگر (آزارگر) کم است، اما در صورت رخداد، برافراشتگی‌های سایر مقیاس‌ها شامل مقیاس ضداجتماعی، خودشیفته، جبری و پارانویایی را برجسته می‌سازد. هنگامی که مقیاس پرخاشگر (آزارگر) به مقیاس خودشیفته افروده شده باشد، بیانگر آن است که چنین افرادی نه تنها یک حس نخوت‌آمیز غیرواقعی از خویشتن دارند، بلکه احتمال دارد آشکارا متخاصم و تخریب‌گر باشند. برافراشتگی‌های مقیاس جبری نشانگر ابراز پرخاشگری به شیوه منظم و سازمان یافته است. برافراشتگی مشابه در مقیاس پارانویایی نشان می‌دهد که چنین اشخاصی ممکن است بی‌رحمی‌هایشان را بر پایه این گمان توجیه کنند که دیگران قصد دارند آنان را مورد بهره‌کشی قرار دهند و یا به خشونت وادارند.

دلالت‌های درمانی

این گروه که به دشواری درمان می‌شوند تقریباً هیچ‌گاه داوطلبانه برای درمان مراجعه نمی‌کنند. آنان ممکن است درمانگر را دست کم بگیرند و حتی آشکارا به وی خصومت بورزند. مداخله‌های شناختی احتمالاً موفقیتی نخواهند داشت. زیرا الگوهای فکری آنان کاملاً خشک و انعطاف‌ناپذیر است. رویکردهای بالقوه سودمند احتمالاً عبارت‌اند از برنامه‌های مهار خشم و تکانه، گسترش روابط جسورانه به جای روابط خصمانه و ترغیب آنان به فهم این نکته که تغییر برخی از رفتارهای مشکل‌ساز آنان در واقع به اراده خودشان انجام می‌گیرد.

^{۵۱} behavioral contracting

^{۵۲} internalizing insight-oriented interventions

جبری (مقیاس ۷)

ویژگی‌های اصلی اشخاص دارای برافراشتگی در این مقیاس عبارت‌اند از هم‌رنگی با جماعت، انضباط، خویش‌داری و رسمی بودن. آنان به شدت پایبند هنجارهای اجتماعی هستند و حتی ممکن است نسبت به اندیشه‌های جدید ابراز ناراحتی کند، به ویژه اگر این اندیشه‌ها هنجارهای متداول رفتار را به چالش بطلبند. آنان وظیفه‌شناس، آماده عمل^{۵۳}، درستکار و بسیار دقیق هستند و در صورت نیاز به انجام دادن یک برنامه، وظیفه خود را به خوبی انجام می‌دهند. معمولاً افرادی سخت‌کوشند و این ویژگی گاهی به بهای کنار گذاردن فعالیت‌های تفریحی تمام می‌شود. اگر چه در محیط‌های کاری مشخص و سازمان‌یافته بهتر کار می‌کنند، اما برای سازگاری با موقعیت‌های کاری متغیر که نیازمند پاسخ‌های خودانگیزه خلاقانه است، دچار مشکل می‌شوند. کیفیت‌های مثبت شامل وفاداری، دوراندیشی، ثبات، پیش‌بینی‌پذیری و احساس وظیفه نیرومند است.

انواع کدهای شایع

شایع‌ترین اختلال‌های بالینی هم‌زمان (محور I) عبارت‌اند از اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی، به ویژه با ماهیت تهییجی^{۵۴}. افراد جبری همپوشی کم‌تری با سایر اختلال‌های شخصیت دارند. با وجود این، برافراشتگی‌های همراه ممکن است در مقیاس‌های اسکیزوئید، وابسته، نمایشی، اجتنابی و خودشیفته رخ دهند. برافراشتگی‌های هم‌زمان در مقیاس اجتنابی نشان می‌دهد که این افراد در پی به دست آوردن محبت و علاقه دیگران هستند. اما در انجام این کار بسیار تردید دارند، برافراشتگی‌های مقیاس جبری و خودشیفته بیانگر افراد با اعتماد به نفس و دفاعی است که احتمالاً اشتباهشان را نمی‌پذیرند.

دلالت‌های درمانی

معمولاً افرادی جبری به شیوه‌ای کنترل شده، پیش‌بینی‌پذیر و به طور کلی کارآمد زندگی می‌کنند. اما وقتی که با تغییرات بیش از اندازه یا تصمیم‌های مهم روبرو می‌شوند ممکن است با مشکلات اضطراب برای درمان معرفی شوند. به طور خاص چنین مشکلاتی ممکن است با شکوه‌های بدنی ابراز شوند، زیرا رهاسدن از تنش درونی برای آنان دشوار است. یک روش برای درهم شکستن الگوهای وسواسی ایشان، کمک به آنهاست برای این که عواطف خود را بپذیرند و آن را تجربه کنند. راهبردهای دیگر عبارت‌اند از کار با آنان برای این که الگوهای غیرمنطقی خود را درک کنند و یا استفاده از مداخله‌های تناقضی. به طور معمول، نخستین خط‌مشی مداخله، آرایه حمایت در ترکیب با فنون کاهش اضطراب است: یعنی حساسیت‌زدایی منظم، آرامش‌آموزی، حمایت هیجانی، پس‌خوراند زیستی و احتمالاً استفاده از عامل‌های داروشناختی روانی^{۵۵}. هر فعالیت بینش‌مداری باید با احتیاط و اطمینان‌آفرینی قابل توجه صورت گیرد، زیرا دفاع‌های آنان نباید به سرعت به چالش فراخوانده شود.

نافعال - پرخاشگر (منفی‌گرا، مقیاس A8)

ویژگی اصلی مراجعان دارای برافراشتگی در این مقیاس آمیزه‌ای از تسلیم و پیروی همراه با آزرده‌گی و مخالفت است. این مراجعان معمولاً آزرده‌گی خود را به راه‌های تکانشورانه و غیرعادی نشان می‌دهند. منبع آزرده‌گی آنان این احساس است که در زندگی مورد بی‌عدالتی قرار گرفته‌اند و نشان

^{۵۳}. well-prepared

^{۵۴}. agitated

^{۵۵}. Psychopharmacological agents

می‌دهند. منبع آزرده‌گی آنان این احساس است که در زندگی مورد بی‌عدالتی قرار گرفته‌اند و ناگزیر از برقراری روابط ناامید و دلسرد می‌شوند. آنان افرادی دمدمی، شکوه‌گر و به طور متناوب متخاصم خواهند شد. در یک لحظه ممکن است خشمگین و لجباز باشند اما لحظه‌ای بعد احساس گناه کرده و شرمند می‌شوند. این افراد منفی‌گرایی خود را به روش‌های غیرمستقیم نشان می‌دهند - مسامحه، ناکارآمدی و رفتار لجبازانه‌ای که موجب کاهش رضایت خاطر دیگران می‌شود. ممکن است آزرده‌گی خود را با اظهارنظرهای نیشدار و گزنده، شکوه کردن و ابراز تنفر از دیگران نشان دهند. یکی از روش‌های کنارآمدن با این احساسات انکار آن‌ها و در عوض اسناد دادن آن‌ها به دیگران است. یک تعارض اساسی‌تر این است که دوست دارند که به دیگران وابسته باشند، اما این وابستگی از نظر اجتماعی پذیرفتنی و ایمن نیست، زیرا دیگران به ناچار آنان را استثمار و ناکام می‌کنند.

انواع کدهای شایع

اشخاص دارای این نوع کد به طور مکرر طرد شدن و احتمالاً افسردگی (افسرده‌خویی و اختلال عاطفی (خلقی) عمده را بررسی کنید) را تجربه می‌کنند. این احساس آن‌ها مبنی بر این که موقعیت‌های میان‌فردی بالقوه خطرناک هستند می‌تواند موجب اضطراب مزمن شود (اضطراب را بررسی کنید)، که ممکن است به روش‌های غیرمستقیم از راه اختلال روانی - فیزیولوژیایی یا تبدیل‌ها^{۵۶} بروز کند (اختلال جسمانی شکل را بررسی کنید). برافراشتگی‌های همزمان در مقیاس‌های بالینی زیر دیده می‌شود: اسکیزوئید، اجتنابی، وابسته، نمایشی، ضداجتماعی، خودشیفته و پرخاشگر (آزارگر، توصیف‌های نوع کد شایع برای هریک از این مقیاس‌ها را در بخش‌های قبل بررسی کنید).

دلالت‌های درمانی

دو حوزه‌ی اساسی مداخله شامل افزایش توانایی افراد پرخاشگر - نافع‌ال در ثبات و همسانی رویکردشان به زندگی و ایجاد بینش نسبت به ماهیت سبک دو سوگرایانه^{۵۷} پاسخ‌دهی ایشان است. با وجود این، رابطه‌ی درمانی، به خودی خود ممکن است به دلیل دوسوگرایی آن‌ها پیچیده شود. یک نگرانی مرتبط با درمان بالینی این است که تکانش‌گری آن‌ها ممکن است خطر خودکشی را در پی داشته باشد. این موضوع به ویژه هنگامی مشکل‌ساز می‌شود که به سمت اختلال اضطرابی یا افسردگی می‌افتند. مداخله‌های خانوادگی و زناشویی احتمالاً بسیار سودمند خواهند بود. برنامه‌های رسمی کنترل خشم و جسارت‌آموزی نیز ممکن است در ایجاد کنترل بیش‌تر روی تکانه‌ها و یادگیری سبک‌های ارتباط مؤثرتر کاملاً سودمند باشند.

خودناکام‌سازی (مقیاس B8)

برافراشتگی‌های بالا در مقیاس خودناکام‌سازی نشانگر اشخاصی است که همواره خود را در موقعیت‌هایی قرار می‌دهند که در آن‌ها قربانی می‌شوند. آنان خود را حقیر، نادلخوش، خودباخته یا به بیان دیگر بی‌میل به پذیرش لذت و خوشحالی نشان می‌دهند. روابط میان‌فردی این مراجعان با سرسپردگی، خودباختگی، از خودگذشتگی یا به نحو دیگر با مجاز شمردن یا حتی تشویق دیگران به استثمار یا بدرفتاری با آنان مشخص می‌شود. در مقایسه با اختلال‌هایی مانند اسکیزوئید، آن‌ها با مردم ارتباط برقرار می‌سازند. در اغلب موارد می‌توانند به سطح خوبی از بینش درباره‌ی مشکلاتشان برسند. به علاوه، درماندگی آنان احتمالاً به اندازه کافی بالاست، به طوری که می‌توانند در درمان شرکت کنند و در این راه اقدام نمایند.

^{۵۶}. conversation

^{۵۷}. ambivalent

انواع کدهای شایع

بزرگ‌ترین خطر برای اشخاص خود ناکام‌ساز ابتلا به افسردگی است (افسرده‌خویی و اختلال عاطفی (خلقی) عمده را بررسی کنید). اگر اضطراب وجود داشته باشد، معمولاً منتشر بوده و با ترس از فقدان و رهاشدگی همراه است. راهبردهای خودبیمارانگاران ممکن است با سبک مظلومانه آنان به عنوان وسیله‌ای برای جهت دادن به اضطراب و به دست آوردن حمایت دیگران پیوند یابد. متداول‌ترین برافراشتگی‌های همراه در مقیاس‌های وابسته، مرزی، افسرده و اجتنابی دیده می‌شود. وقتی هر دو مقیاس خود ناکام‌سازی و اجتنابی برافراشته باشد، بیانگر آن است که این اشخاص روابط با دیگران را بسیار دردناک یافته‌اند که از آن کناره‌گیری کرده، به ندرت تعامل می‌کنند و تا اندازه‌ای منزوی شده‌اند.

دلالت‌های درمانی

تناقض کارکردن با اشخاص خود ناکام‌ساز این است که بافت درمان آنان را خوشحال‌تر می‌سازد، اما از سوی دیگر نمی‌خواهند خوشحال‌تر باشند. این مراجعان حتی ممکن است موقعیت‌ها را به گونه‌ای برانگیزند یا دست کم ایجاد کنند که احساس نمایند از سوی درمانگر طرد یا تحقیر شده‌اند. برای رویارویی با این تدبیر، درمانگر باید هنگام کارکردن با این بیماران به میزان کافی حمایت، درک و تفاهم ایجاد کند و به آنان بفهماند ناگزیر نیستند که رنج را تحمل کنند.

آسیب‌شناسی شدید شخصیت

اسکیزوتایپی (مقیاس S)

ویژگی‌های اصلی اشخاص دارای برافراشتگی در مقیاس اسکیزوتایپی، غیرعادی بودن، آشفتگی و انزوای اجتماعی است. این مشکلات معمولاً ماهیتی درازمدت دارند. عادت‌های عجیب آنان مربوط به شکلک درآوردن‌های خاص، پوشیدن لباس‌های عجیب و قیافه‌های عجیب و غریب است. آنان معمولاً بی‌حال، بی‌روح، بی‌احساس، و ناشاد به نظر می‌رسند. سبک ارتباطی آنان با اظهارنظرهای مماسی،^{۵۸} بی‌ربطی‌های شخصی^{۵۹}، و تداعی‌های جادویی مشخص می‌شود. بعضی از آنان بی‌احساس و از نظر هیجانی بی‌تفاوتند، سایرین بیش‌تر بدگمان، مضطرب و نگران هستند. از آن جا که بی‌اعتمادند و به درستی ارتباط برقرار نمی‌کنند، روابطشان معمولاً آن‌ها را بسیار ناراحت می‌کند. فرایندهای فکری آنان از هم پاشیده، درون‌مدارانه و آشفته است. این افراد احتمالاً مسخ شخصیت و گسستگی^{۶۰} را تجربه می‌کند. به طور خلاصه، افراد اسکیزوتایپی در درک انگیزه‌ها و ارتباط‌های میان‌فردی به اختلال شناختی دچارند.

انواع کدهای شایع

از نظر تشخیصی، جایگاه اسکیزوتایپی‌ها بین اختلال اسکیزویید با شدت کم‌تر و اختلال‌های اسکیزوفرنیایی شدیدتر است. اختلال‌های اسکیزویید و اسکیزوفرنیایی ممکن است همزمان با اختلال اسکیزوتایپی وجود داشته باشند. احتمالاً بیش‌ترین برافراشتگی‌های همراه در مقیاس‌های شخصیت به

^{۵۸}. tangential comments

^{۵۹}. Personal irrelevancies

^{۶۰}. dissociation

مقیاس‌های اسکیزوپسید، اجتنابی، و پارانوئایی مربوط است. برافراشتگی‌های مقیاس اسکیزوتایپی در ترکیب با اسکیزوپسید نشانگر حالت‌های بیش‌تر نافع، بی‌احساس و گسلیده^{۶۱} ویژگی‌های اسکیزوتایپی است. این اشخاص برای تجربه هیجان‌های خود گنجایش اندکی دارند و نسبت به دیگران بسیار سرد و بی‌تفاوتند. در مقابل، برافراشتگی همراه در مقیاس اجتنابی نشان می‌دهد که میل به ارتباط فردی وجود دارد، اما این افراد بیش‌تر مضطرب و نگرانند و به طور فعال خود را از درگیر شدن با دیگران حفظ می‌کنند. اگر مقیاس پارانوئایی همراه با مقیاس اسکیزوتایپی برافراشته باشد، آشکارا نشانگر بدگمانی همراه با افکار عطفی متناسب با آن در این مراجعان است.

دلالت‌های درمانی

پیش‌آگهی اسکیزوتایپی خوب نیست، زیرا الگوهای آن‌ها عمیق و درازمدت است و به دشواری درگیر فرایند درمان می‌شوند. اهداف درمان باید با حالت خلقی آنان متناسب باشد و برای پیشگیری از انزوای اجتماعی و تباهی بیش‌تر متمرکز شود.

مرزی (مقیاس C)

ویژگی‌های اصلی افراد دارای برافراشتگی در این مقیاس بی‌ثباتی و پیش‌بینی ناپذیری خلق و رفتار است. آنان ممکن است در یک لحظه احساس اندوه و ناامیدی کنند و زمانی دیگر احساس سنگولی در پی دوره‌ای از خشم شدید، تحریک‌پذیری و خودتخریبی ایجاد می‌شود - حتی ممکن است به بریدن اندام‌های خود^{۶۲} اقدام کنند. خودتخریبی آنان بازتابی از یک وجدان به شدت تنبیه‌گر است. آنان به نوسان‌های خلقی بارز، دوره‌های متناوب افسردگی، اضطراب فراگیر، و حمله‌های هیجانی شدید نسبت به دیگران دچارند که در پی آن بی‌احساس و اندوهگین می‌شوند. بنابراین، روابطشان با دوسوگرایی، بی‌ثباتی و شور و هیجان مشخص می‌شود. در اثر فشار روانی ممکن است به دوره‌هایی از روان‌پریشی گذرا^{۶۳} دچار شوند.

انواع کدهای شایع

نشانه‌شناسی افراد مرزی ممکن است بسیار گوناگون باشد. اختلال‌های خلقی و سوء مصرف مواد جزو متداول‌ترین پیچیدگی‌ها^{۶۴} هستند. از بسیاری جهات، افراد مرزی را می‌توان با بزرگ‌نمایی یا گسترش اختلال‌های شخصیتی خود ناکام‌ساز (خودآزار)، نافع - پرخاشگر (منفی‌گرا)، وابسته، نمایشی و یا خودشیفته که کژکاری کم‌تری دارند، مفهوم‌سازی کرد.

متداول‌ترین برافراشتگی‌های مقیاس همراه هنگامی است که مقیاس مرزی با مقیاس نافع - پرخاشگر (منفی‌گرا) ترکیب می‌شود، که بر جنبه‌ی تعارض‌آمیز افراد مرزی تأکید می‌کند. این مراجعان احساس وابستگی شدید دارند اما درباره‌ی آن مضطرب و به شدت دو سوگرا هستند.

ترکیب مهم دیگر، مرزی و خودناکام‌ساز است که ویژگی‌های تکانشی و خود تخریب‌گرایانه این مراجعان را برجسته می‌سازد. در پس هیجان‌ات و رفتار ناپایدار آنان یک حس زیربنایی نیرومند قرار دارد مبنی بر این که آنان سزاوار خوشبختی نیستند و در مقابل معتقدند که باید استثمار و تحقیر شوند. بنابراین، وجود افسردگی و خودکشی یک جنبه‌ی ضروری از درمان موردی است. برافراشتگی‌های مقیاس وابسته و مرزی تأکیدی بر عزت نفس

۶۱. detached

۶۲. self-mutilation

۶۳. transient psychotic episodes

۶۴. complications

پایین، نافرمانی و بی‌احساسی این مراجعان همراه با نیاز آنان به شخص دیگری است که از آن‌ها مراقبت کند و به جای ایشان تصمیم بگیرد. برافراشتگی مشابه در مقیاس نمایشی تأکیدی بر وابستگی این اشخاص است، اما به جای آن که بی‌احساس و نافرمان باشند، خونگرم، صمیمی، عوام‌فریب، و هیجانی هستند. هنگامی که همراه با مقیاس مرزی مقیاس خودشیفته برافراشته باشد، بیانگر آن است که احساس اهمیت نخوت‌آمیز^{۶۵} خود این افراد در جهت احساس‌های شرمساری، ناپیمنی، پوچی و نکوهش خود فروپاشیده است.

دلالت‌های درمانی

اگرچه کار با افراد مرزی بسیار دشوار است، اما در مقایسه با بسیاری دیگر از افراد دچار اختلال شخصیت، برای تغییر تمایل بیش‌تری نشان می‌دهند. نخستین هدف اصلی برقرارساختن تفاهم کافی است تا بتوان کار را با تثبیت رفتار و عاطفه نامتعادل آنان آغاز کرد. از آن جا که بسیاری از افراد مرزی در برابر مداخله‌های اقتدارگرایانه مقاومت می‌کنند، می‌توان گروه‌درمانی را تجویز کرد زیرا با احتمال بیش‌تری به تأثیر پذیرفتن از همتایانشان گرایش نشان می‌دهند.

پارانویایی (مقیاس P)

موضوع اصلی برای اشخاص دارای برافراشتگی در مقیاس پارانویایی، بدگمانی و دفاعی بودن همراه با احساس برتری است. آنان همواره گوش به زنگ هستند، زیرا احساس می‌کنند که دیگران قصد انتقاد یا فریفتن آنان را دارند. از آن جا که احساس می‌کنند با خطرهای بسیاری روبرو هستند، بنابراین خشن، زودرنج، متخاصم و تحریک‌پذیرند. متأسفانه، نظام ادراکی و برداشت آنان از جهان خود کامبخش است. مردم به بی‌اعتمادی و حتی خصومت آن‌ها به گونه‌ای منفی واکنش نشان می‌دهند، و این امر تصور آنان را دایر بر این که دنیا به واقع جایی خطرناک و ناامن است توجیه می‌کند. ساختارشناختی و شخصیت بسیار سازمان‌یافته و منسجم آن‌ها موجب می‌شود تا از نظر هیجانی و بدنی خود را از دیگران جدا سازند. در موارد شدیدتر، این اشخاص ممکن است به هذیان‌های بزرگ‌منشی، افکار عطفی، و ترس شدید از دسیسه‌های آزارگرانه دچار باشند.

انواع کدهای شایع

با توجه به بدگمانی و ترس ابراز شده توسط بسیاری از افراد پارانویایی، احتمالاً اضطراب شایع‌ترین مشکل محور I است. سایر مشکلات این بیماران احتمالاً نشانگان وسواسی - جبری است که از این طریق تلاش می‌کنند دنیای خود را به مکانی «امن» تبدیل کنند. در حالت‌های پارانویایی شدید ممکن است نشانه‌های روان‌پریشی وجود داشته باشد که به صورت هذیان‌ها و توهم‌ها بروز می‌کنند. برافراشتگی‌های مربوط به مقیاس‌های شخصیت شامل خودشیفته، نافرمان - پرخاشگر (منفی‌گرا)، آزارگر، و اجتنابی است. اگر مقیاس خودشیفته برافراشته باشد، بیانگر آن است که در برخی از مراحل قبلی، احساس اهمیت و برتری طلبی نخوت‌آلود این مراجعان به شدت به چالش فراخوانده شده است. فرایندهای پارانویایی وسیله‌ای می‌شوند تا بر آن اساس این باورها را احیا کنند و لذا از واقعیت فاصله بیش‌تری می‌گیرند و مشکل آنان صورت جدی‌تری به خود می‌گیرد. وقتی مقیاس نافرمان - پرخاشگر (منفی‌گرا) به همراه مقیاس پارانویایی برافراشته باشد، نشانگر ویژگی‌های شدید عیب‌جویی، آزدگی و ناخشنودی این اشخاص است. این ویژگی‌ها ممکن است به صورت احساس شدید حسادت و یا ادعاهایی دایر بر این که اغفال شده‌اند و یا به خوبی آن‌ها را درک نکرده‌اند تظاهر کند. برافراشتگی مقیاس‌های

^{۶۵}. self-inflated

پارانویایی و آزارگرانه بیانگر آن است که بدبینی یا پارانویای این افراد با حالتی سلطه‌گرانه، کنترل کننده، تهدیدکننده و ستیزه‌جویانه بروز می‌کند. آنان ممکن است دربارهٔ خطاهای ادراک شده گذشته نشخوار ذهنی داشته باشند و نقشه‌های بی‌رحمانهٔ انتقام را در سر پیروانند. برافراشتگی‌های مقیاس اجتنابی و پارانویایی نشان می‌دهد که این مراجعان با کوتاه‌بینی، گوشه‌گیری و انزوای فزاینده، با ترس‌ها و بدگمانی‌های خود کنار می‌آیند.

دلالت‌های درمانی

از آن جا که درمان می‌کوشد تا بر مراجعان تأثیر بگذارد و روش‌های معمول ادراک آنان از دنیا را تضعیف کند، بنابراین کار با این افراد دشوار و پیش‌آگهی آن‌ها ضعیف است. به علاوه، تن دادن به درمان اعتراف به ضعف و از دست دادن خودبسندگی است و این هر دو وضعیت برای آنان نفرت‌انگیز است. ارتباط با این افراد مستلزم میانه‌روی سنجیده است. جلب اعتماد آنان باید به کندی و با تشویق تدریجی و دقیق آنان به سوی درک رخدادها از دیدگاه‌های مختلف انجام گیرد.

نشانه‌های بالینی

اضطراب (مقیاس A)

نمره‌های بالا نشان می‌دهد که مراجعان از تنش، دشواری برای آرمیدگی، تردید و نگرانی شکایت می‌کنند. سایر شکوه‌ها شامل پاسخ از جا پریدن بسیار حساس، گوش به زنگی مفرط، و ترس‌های مربوط به آغاز مشکلات مبهم است. مشکلات فیزیولوژیایی مرتبط با بیش‌انگیختگی^{۶۶} نیز شایع است. این مشکلات احتمالاً شامل بی‌خوابی، سردردها، تهوع، عرق سردکردن، ناراحتی معده، تپش قلب، عرق کردن بیش از اندازه، و دردهای ماهیچه‌ای است.

جسمانی شکل (مقیاس H)

برافراشتگی‌ها بازتابی از شکوه‌های بدنی است که در حوزه‌هایی مانند درد فراگیر، خستگی، شکوه‌های چندگانهٔ مبهم و یا مشغولیت ذهنی با مشکلات مربوط به تندرستی بیان می‌شوند. اما این مشکلات معمولاً نشانگر تعارض‌های روان‌شناختی است که به شیوه‌های بدنی جلوه‌گر می‌شوند. اگر مراجعان به بیماری‌های جسمانی واقعی دچار باشند، احتمالاً بیش از اندازه دربارهٔ آن مشغولیت ذهنی دارند و دربارهٔ مشکلاتشان اغراق می‌کنند.

دوقطبی: مانیایی (مقیاس N)

افراد دارای نمره‌های بالا احتمالاً به نوسان‌های خلقی دچارند که دامنهٔ آن از سرخوشی تا افسردگی است. آنان هنگام سرخوشی، بی‌قرار و حواس‌پرت می‌شوند، احساس عزت نفس بیش از اندازه می‌کنند و بسیار خوشبین و تکانشگرند. برافراشتگی‌های شدید نشان دهنده یک فرایند روان‌پریشی است که به وسیله هدیان‌ها و توهم‌ها مشخص می‌شود.

^{۶۶}. overarousal

افسرده‌خویی (مقیاس D)

برافراشتگی‌های مقیاس افسرده‌خویی بازتابی از غمگینی، بدبینی، ناامیدی، بی‌احساسی، عزت نفس پایین و احساس گناه است. این اشخاص همواره از نظر اجتماعی خود را نابسند، درون‌گرا، غمگین، بی‌لیاقت و سرشار از خودناباوری احساس می‌کنند. دلسردی یا ناامیدی و مشغولیت ذهنی در مورد نقاط ضعف‌شان نیز ممکن است وجود داشته باشد. آنان احساس بی‌په‌ودگی می‌کنند و ممکن است به آسانی به گریه بیفتند. شکوه‌های جسمانی احتمالاً شامل بی‌خوابی، اشتهای اندک یا پرخوری عادی، تمرکز ضعیف، احساس مداوم خستگی، و فقدان آشکار علاقه به فعالیت‌های لذت‌بخش است.

وابستگی به الکل (مقیاس B)

افراد دارای نمره بالا در مقیاس وابستگی به الکل احتمالاً سابقه‌ای از مشکل مرتبط با می‌گساری^{۶۷} داشته‌اند. افراد دارای نمره‌های بالا احتمالاً مشکلات اجتماعی، خانوادگی و یا شغلی نیز دارند.

وابستگی به دارو (مقیاس T)

افراد دارای نمره‌های بالا سابقه‌ای عودکننده از مشکلات مربوط به سوء‌مصرف دارو دارند. همچنین تعدادی از صفات مربوط به مشکلات مرتبط با دارو وجود دارند: لذت‌جویی، تکانشوری، مشکل در پیروی از استانداردهای رایج رفتار، هوس‌رانی^{۶۸}، بهره‌کشی، و ویژگی‌های شخصیت خودشیفته.

اختلال درماندگی پس آسیبی^{۶۹} (مقیاس R)

برافراشتگی‌های این مقیاس نشان می‌دهد که این افراد یک رخداد به شدت تهدیدکننده زندگی را تجربه کرده‌اند که به ترس، درماندگی و انگیزندگی شدید منجر شده است. آنان به تصورات ذهنی یا هیجان‌های غیرقابل کنترل، مزاحم و عودکننده مربوط به رخداد(ها) واکنش نشان داده‌اند.

نشانه‌های شدید

اختلال فکر (مقیاس SS)

نمره‌های بالا در مقیاس اختلال فکر نشان دهنده آن است این اشخاص دارای افکار ناسازگار، عجیب و آشفته و از هم پاشیده‌اند. به علاوه، رفتار آنان ممکن است قهقراپی، مرموز و نامتناسب باشد و به گیجی، انزوا و گم‌گشتگی دچار باشند. عاطفه آنان احتمالاً افت کرده است و ممکن است توهم‌هایی را نیز گزارش دهند. تشخیص‌های احتمالی شامل اسکیزوفرنیایی، اسکیزوفرنی فرم و روان‌پریشی واکنشی کوتاه‌مدت است.

افسردگی عمده (مقیاس CC)

نمره‌های بالا بیانگر افسردگی شدید است، به اندازه‌ای که این افراد در انجام دادن فعالیت‌های روزمره زندگی دچار مشکل می‌شوند. مشکلات روان‌شناختی شامل احساس ناامیدی، اندیشه‌پردازی خودکشی، بدبینی، نشخوار ذهنی و ترس از آینده است. نشانه‌های جسمانی احتمالاً شامل بی‌خوابی،

^{۶۷}. drinking

^{۶۸}. self-indulgence

^{۶۹}. post-traumatic distress disorder

تمرکز ضعیف، کندی روانی حرکتی یا بی‌قراری، بی‌اشتهایی، کاهش وزن، خستگی مزمن، سحرخیزی، و از دست دادن میل جنسی است. آنان همچنین ممکن است احساس بی‌ارزشی و یا احساس گناه را تجربه کنند.

اختلال هذیانی (مقیاس PP)

برافراستگی‌های این مقیاس نشانگر حالت‌های به شدت پارانویایی است. این افراد به وسیلهٔ هذیان‌های نامعقول اما درهم تنیده، افکار گزند و آسیب، و بزرگ‌منشی^{۷۰} مشخص می‌شوند. آنان نسبت به تهدیدهای احتمالی بسیار هوشیارند. شایع‌ترین خلق عبارت از بدگمانی خصمانه و احتمالاً تا حد ستیزه‌جویی است. آنان احساس می‌کنند که در حقشان بی‌حرمتی، حسادت و خیانت شده است.

مقدمات

^{۷۰}. grandiosity