

# MMPI-2-RF: چالش‌های دست‌یابی و استقرار

نویسندگان: محمدرضا شعیری\*<sup>۱</sup> و سهیلا قمیان<sup>۲</sup>

۱- دانشیار دانشگاه شاهد.

۲- دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد.

\*Email: Shairi@shahed.ac.ir

## چکیده

نوشتار حاضر، برای ترسیم MMPI-2-RF، تلاش خود را با نیم‌نگاهی تاریخی - محتوایی به شکل‌گیری و تحول پرسش‌نامه شخصیتی مینه‌سوتا (MMPI) آغاز، و تا شکل‌گیری MMPI-2 و RC و نیز تا نحوه در هم‌غلطیدن نسخه‌ها در یکدیگر، با نقادان نسخه‌های قبلی، پیش‌رفته تا بتواند در نگاشتن MMPI-2-RF و عمق بخشی بسترهای شکل‌گیری آن غرقه شود. هر چند باید اشاره نمود که این نوشتار سرآن ندارد که به هیچ وجه به شیوه‌های اجرا، نمره‌گذاری و تفسیر MMPI بپردازد و اگر گاهی در نقادان نسخه‌ها، اشاره به اعتبار و پایایی MMPI شده، آنهم نیتی بنیادین نبوده، بلکه به ضرورت بحث ارائه شده است.

**کلید واژه‌ها:** MMPI، MMPI-2-RF، ام. پی. آی، پرسش‌نامه شخصیتی چند وجهی مینه‌سوتا

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
وختار

• دریافت مقاله: ۹۳/۱/۳۱

• پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۲۸

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Twenty-first Year, No.11  
Autumn & Winter  
2014-2015*

*Clinical Psy. & Personality*

دوفصلنامه علمی- پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال بیست و یکم - دوره  
جدید شماره ۱۱  
پاییز و زمستان ۱۳۹۳

## خرده یکم: بنیان‌های نخستین

هدف اولیه هته وی<sup>۱</sup> و مک کین لی<sup>۲</sup>، در طراحی پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا (MMPI) ساخت ابزاری بود که به شکل عینی، امکان تشخیص شدت اختلال‌های روان شناختی را فراهم سازد. بنیان تلاش آنها، کلید یابی ملاکی تجربی<sup>۳</sup> در برابر کلیدیابی منطقی بود: یعنی انتخاب نهایی مواد پرسش نامه، نه بر اساس داوری ذهنی طراح، بلکه بر اساس تمایز بین دو گروه بالینی و غیر بالینی [۲۰۱].

در آغاز، بیش از ۱۰۰۰ گزاره از منابع متعدد، به ویژه منابع بالینی، توسط هته وی و مک کین لی، آماده گردید. در سرند اولیه ۵۰۴ گزاره انتخاب شد. در این مرحله، سعی شده بود گزاره‌هایی برگزیده شوند که توازن مثبت و منفی بودن و تنوع و گستردگی لازم را داشته باشند. سپس این گزاره‌ها در مورد دو گروه از افراد مبتلا به اختلالات روان شناختی و غیر مبتلا اجرا گردید. نمونه مورد مطالعه از بیماران و همراهان آنها در بیمارستان دانشگاه مینه سوتا انتخاب شدند. آنها در هنگام انتخاب بیماران دقت می‌کردند که افرادی که تشخیص آنها تردید آمیز یا چندگانه بود، کنار گذاشته شوند. در تحلیل ۵۰۴ گزاره اولیه، پاسخ یک نمونه ۷۲۴ نفری، مورد تحلیل قرار گرفت. در این مرحله، گزاره‌هایی انتخاب شدند که می‌توانستند هشت گروه تشخیصی را، که همان هشت مقیاس بالینی اولیه در MMPI بود، از گروه بهنجار متمایز کند [۲۰۱].

بعدها دو مقیاس دیگر ( مردانگی - زنانگی (Mf)، برای تفکیک مردان همجنس خواه از افراد غیر همجنس خواه؛ درون گرایی اجتماعی (Si) برای تفکیک دانشجویان دختر شرکت کننده در فعالیت‌های اجتماعی و کمتر شرکت کننده در این گونه فعالیت‌ها) به مقیاس‌های بالینی افزوده شد [۲۰۱].

یکی از تلاش‌های ارزنده در نزد طراحان آزمون

MMPI، توجه به نوع پاسخ آزمودنی‌ها و امکان تحریف پاسخ‌ها از سوی آنها بود. به نظر سازندگان، این نوع پاسخ دهی، اعتبار نیمرخ بالینی را مخدوش می‌سازد. در وهله نخست مواردی بود که از سوی آزمودنی‌ها بدون پاسخ مانده بود. به هر حال پرسش این بود که آیا این امر تصادفی است یا می‌توان از آن گذشت، و یا تا چه مقدار باشد ممکن است بر نتایج اثر بگذارد، می‌باید برای این اتفاق راه حلی یافت. این بود که مقیاس دیگری برای اعتبار مقیاس‌های بالینی مطرح شد و آن مقیاس نمی‌توانم بگویم (؟) <sup>۴</sup>، یعنی سوال‌هایی بود که پاسخ داده نشده بودند. این مساله از جهت دیگری هم اهمیت بیشتری یافت، و آن اینکه گاه یک سوال بی پاسخ ممکن بود در چند مقیاس تکرار شود و عملاً یک سوال محسوب نشود، هر چند ظاهراً به یک سوال پاسخ داده نشده است. در کنار عدم پاسخدهی آزمودنی‌ها به برخی سوال‌ها، مساله دیگر تحریف پاسخ‌ها بود. این تحریف می‌توانست به عوامل متعددی باز گردد. بدین ترتیب سه مقیاس دیگر برای توجه به نوع پاسخدهی آزمودنی‌ها به آزمون، شکل گرفت [۲۰۱].

یکی از مقیاس‌ها (L) بود. این مقیاس در برگزیده تلاش ساده لوحانه آزمودنی برای تصویر مطلوب از خود است. دیگر مقیاس، مقیاس (F) بود که نشانگر پاسخ‌هایی است که در افراد بهنجار کمتر دیده می‌شود، به گونه‌ای که گاه بالا بودن F نشانگر وجود برافراشتگی در برخی مقیاس‌های بالینی است. سومین مقیاس، مقیاس K، بیانگر حالت دفاعی آزمودنی است. این امر وقتی که فرد، مشکلات روان شناختی را تجربه می‌کند، اما چونان افراد بهنجار پاسخ می‌دهد، آشکار می‌گردد. از طرف دیگر، نمره این مقیاس، برای اصلاح نمرات برخی مقیاس‌های بالینی (از نسبت ۰/۲ تا K۱) مورد استفاده قرار می‌گیرد. البته در برخی مقیاس‌های بالینی این اصلاح دخالت ندارد، چرا که گفته می‌شد این مقیاس‌ها، با وجود بالا بودن K، و بدون دخالت نمره K، می‌توانند

1. Hatheway, S. R.  
2. Mckinley, Y. CH.  
3. Empirical Keying

4. Cannot say

بهنجار و نابهنجار به دست داد.

از زمان شکل‌گیری MMPI، تحقیقات متعددی در جنبه‌های مختلف آن، صورت گرفته است و متخصصان علوم رفتاری همواره تحولات آن را رصد کرده‌اند، چه بدون تردید هر دستاورد پژوهشی در باره MMPI، میتواند یاریگر تلاش‌های عملی در روانشناسی بالینی باشد. همچنین به موازات این امر، در محیط‌های بالینی سرپایی و بستری نیز به کار گرفته شده و یافته‌های آن مورد توجه قرار گرفته است [۷ و ۶].

### خرده دوم: تجدید نظر: شکل‌گیری MMPI-2

تمامی کوشش‌های کسانی که بر روی MMPI کار کرده‌اند این بوده که با همه تحولات متعدد و حتی با وجود عناوین تشخیصی متغیر در DSM ها، شالوده اصلی آزمون حفظ شود، در عین حال تغییرات لازم نیز در آن صورت پذیرد. در سمپوزیوم MMPI، در ۱۹۷۰، مساله تجدید نظر آزمون مطرح گردید. البته تجدید نظر یاد شده همزمان با این سالها شروع نشد بلکه با تاخیر آغاز گردید، گرچه این زمزمه‌ها، زمینه تلاش‌های بعدی بود. نقطه عطف این امر، شکل‌گیری کمیته هنجاریابی مجدد MMPI در دانشگاه مینه‌سوتا در سال ۱۹۸۲ بود (اعضای کمیته عبارت بودند از بوچرا<sup>۲</sup>، دالستروم<sup>۳</sup> و گراهام<sup>۴</sup>) که تصمیم آنها، نیاز و ضرورت تجدید نظر را گوشزد می‌کرد. در این ضرورت، هم به هنجاریابی در مورد نمونه جدیدی که معرف باشند فکر شد و هم به ترمیم و بازسازی آیت‌های آزمون (شامل بازنویسی، حذف مواد و یا افزودن مواد جدید). بدین خاطر کتابچه آزمایشی<sup>۵</sup> (نسخه AX) آماده شد [۸].

این حرکت پژوهشی با ۷۰۴ آیت‌م شروع شد. از این تعداد، ۵۵۰ آیت‌م آن مواد اصلی بودند و ۱۵۴ آیت‌م جدید دیگر، به شکل موقت در کنار این ۵۵۰ آیت‌م قرار داده شده بود. البته ۸۲ آیت‌م از ۵۵۰ آیت‌م اصلی برای نسخه AX

وضعیت آزمودنی را در آن مقیاس نمایان سازند [۱ و ۲]. در نهایت ۵۶۶ گزاره برای شکل‌گیری مقیاس‌های بالینی و اعتباری در نسخه اولیه آزمون تعبیه گردید. البته قابل ذکر است که تمامی ۵۶۶ سوال، در برگیرنده مقیاس‌های بالینی و اعتباری نیستند. بلکه بخش مهمی از سوال‌های انتهایی، اضافی هستند. این سوال‌ها به مقیاس‌های تکمیلی و محتوایی مربوط می‌شوند که برای گسترش تفسیر آزمون به کار گرفته می‌شوند [۳].

آماده‌سازی آزمون MMPI، علاوه بر اینکه گشایش‌گر برخی از جنبه‌های ارزیابی بالینی بود و پژوهش‌های گسترده‌ای را رقم زد، اما نقادی‌هایی را نیز در طی زمان به همراه داشت. گذشت زمان و منسوخ شدن برخی مواد و نگرانی در مورد محتوای آنها، محدود بودن نمونه‌های مربوط به هنجاریابی، در دسترس بودن و معرف نبودن واقعی آنها، عبارات وابسته به جنسیت، همبستگی درونی بالای مقیاس‌های بالینی، عبارات وابسته به باورهای مذهبی، از جمله نقادی‌های مرتبط با آزمون MMPI بود [۲ و ۴].

به مرور آزمون MMPI، متفاوت با آنچه که هدف اصلی سازندگان بود، مورد استفاده قرار گرفت. به دیگر سخن، فراسوی نام ظاهری مقیاس‌ها، نتایج پژوهش‌ها در مورد مقیاس‌ها و اینکه بیانگر چه ویژگی‌هایی برای افرادی با چنین نمره‌ای است، تصمیم‌گیری و تفسیر نتایج افراد و جبهه همت قرار گرفت [۵]. بدین خاطر بهتر بود به جای نام مقیاس‌ها، که ممکن بود سبب برجسب افراطی نسبت به نتایج فرد باشد، از شماره‌های ۰ تا ۹ استفاده شود. البته این شماره‌ها بعداً در تفسیر و یا مبادله بین متخصصین، جایگزینی معمول شد [۲].

شاید دقیق‌تر که نگاه شود، آزمون MMPI، از هدف اولیه و موفقیت در این زمینه فاصله گرفته باشد، اما مشخص شد که با تکیه بر پژوهش‌های بعدی و یافته‌های ارزشمند، می‌توان توصیف‌های مناسبی از آزمودنی‌های

2. Butcher, J. N.  
3. Dahlstrom, W. G.  
4. Graham, J. R.  
5. Experimental Booklet

۱. البته قابل ذکر است که اصلاح K در MMPI-A، به کار گرفته نمی‌شود و در MMPI-2، دو برگه ترسیم نیمرخ (با یا بدون وجود K) وجود دارد.

دومین مقیاس اعتباری جدید، مقیاس ناهمسانی پاسخ‌های متغیر (VRIN<sup>۵</sup>) است. در این مقیاس ۶۷ جفت ماده با محتوای همسان یا متضاد وجود دارد که وقتی آزمودنی پاسخی متفاوت به شرایط جفت ماده‌های تعیین شده بدهد، یک نمره در مقیاس VRIN می‌گیرد. در واقع وقتی آزمودنی‌ها، تصادفی و بدون خواندن مواد، پاسخ دهند، VRIN افزایش می‌یابد. هم‌نوایی F و VRIN شاخص خوبی برای پاسخ‌های تصادفی آزمودنی است [۸].

سومین مقیاس اعتباری جدید، مقیاس ناهمسانی پاسخ‌های درست (TRIN<sup>۶</sup>) است. این مقیاس ۲۳ جفت ماده با محتوایی متضاد دارد و وقتی آزمودنی به شکل نامتمایز به مواد پاسخ "درست" یا "نادرست" می‌دهد، تفاضل این دو نمره، میزان نمره فرد در TRIN را می‌سازد. نمره بالاتر، بیانگر تمایل فرد به ارائه پاسخ‌های نامتمایز "درست" است و نمره پایین‌تر نمایانگر تمایل فرد به ارائه پاسخ‌های نامتمایز "نادرست" است [۸].

#### خرده سوم: گامی بینابین: مقیاس‌های RC بر شانه‌های غول

از نظر تلگن و همکارانش [۱۲] مقیاس‌های بالینی سنتی MMPI دارای نقادی‌های متعددی چون هم پوشی زیاد، همبستگی‌های درونی بالا، وجود برخی ایتماهای دارای اعتبار محتوای پایین، و محدود بودن اعتبار همگرا و تفکیکی، هستند. البته آنها در کنار این نقادی، نیم‌نگاهی بر نظریه خود در مورد عاطفه مثبت و منفی نیز، داشته‌اند. با توجه به این نقادی‌ها تلگن و همکاران [۱۲] کوشیدند تغییراتی را در مقیاس‌های بالینی سنتی MMPI بوجود آورند. دگرگونی مقیاس‌ها، در کنار حفظ ویژگی‌های مهم مقیاس‌های بالینی، در بر گیرنده موارد زیر بود: کاهش هم پوشی مقیاس‌های بالینی، کاهش همبستگی‌های درونی مقیاس‌ها، حذف بعضی از آیتماها (مثلاً آیتماهایی که اعتبار محتوا نداشتند) و هم‌چنین

بازسازی شده بود و ۱۵ آیتم به گونه‌ای نوشته شد که جنبه جنسیتی آن حذف گردد، هم‌چنین واژه‌های رایج‌تر مورد استفاده قرار گیرد [۸].

بوچر، دالستروم، گراهام، تلگن<sup>۱</sup> و کامر<sup>۲</sup> [۹] کوشیدند برای هنجاریابی دقت‌هایی را به کار گیرند که از هنجاریابی گذشته و اولیه متمایز باشد. در نهایت ۲۱۶۰ آزمودنی (۱۱۳۸ مرد و ۱۴۶۲ زن) نمونه‌هایی مورد هنجاریابی بودند. آنچه که در نهایت باقی ماند و منتشر گردید، آزمونی بود با ۵۶۷ آیتم که MMPI-2 نامیده شد. در نسخه دوم MMPI، که گاهی در اولین بازخورد ممکن است کاهش سوال‌ها را به ذهن متبادر کند، تعداد سوال‌ها کم نشد و فقط یک سوال هم اضافه نشد، بلکه به گونه‌ای بازسازی مواد انجام شد. در این نسخه، برخلاف نسخه اول که نمره تی (T) ۷۰ معیار تشخیص بالینی بود، نمره تی (T) ۶۵ معیار قرار گرفت. مقیاس‌های اعتباری و بالینی سنتی حفظ شدند و ۳۷۰ آیتم نخست مربوط به این مقیاس‌ها بودند و ۱۹۷ آیتم دیگر، در ادامه آزمون، به مقیاس‌های محتوایی و تکمیلی مرتبط بودند [۱۰].

در مجموع شکل‌گیری ۵۶۷ آیتم از ۷۰۴ ماده، بر مبنای حفظ آیتماهای مربوط به مقیاس‌های اصلی (بالینی و اعتباری)، مواد مرتبط با مقیاس‌های تکمیلی و حذف تعدادی از مواد موقتی انجام شد (ر.ک جدول ۱).

در MMPI-2، علاوه بر حفظ معیار آیتماهای بدون پاسخ و سه مقیاس اعتباری اصلی، سه شاخص اعتباری دیگر هم به آزمون افزوده شد [۹]. یکی از این مقیاس‌ها Fb<sup>۳</sup> است که تلاش‌هایی مشابه ساخت مقیاس F داشته است، که از ۶۰ ماده اولیه برای ساخت آن، در نهایت ۴۰ آیتم باقی ماند. در واقع Fb برای سنجش اعتبار پاسخ‌های آزمودنی به بخش دوم کتابچه آزمایشی، یعنی مقیاس‌های تکمیلی و محتوایی، است [۸].

1. Tellegen, A.
2. Kaemmer, B.

۳. این نوشتار فقط مسیر اصلی را که به MMPI-2-RF منجر شد،

دنبال می‌کند و زمینه‌هایی را که به شکل‌گیری MMPI-A [۱۱]

انجامید، مورد توجه قرار نداده است.

4. Back- page Infrequency (Fb)

5. Variable Response Inconsistency
6. True Response Inconsistency

جدول ۱: مواد مرتبط با MMPI اصلی و تغییرات آنها تا شکل‌گیری MMPI-2

کل	تعداد مواد MMPI-2			تعداد مواد اصلی MMPI	مقیاس
	تغییر یافته	حذف شده	باقی مانده		
۱۵	۲	۰	۱۵	۱۵	L
۶۰	۱۲	۴	۶۰	۶۴	F
۳۰	۱	۰	۳۰	۳۰	K
۳۲	۵	۱	۳۲	۳۳	Hs
۵۷	۲	۳	۵۷	۶۰	D
۶۰	۹	۰	۶۰	۶۰	Hy
۵۰	۴	۰	۵۰	۵۰	Pd
۵۶	۶	۴	۵۶	۶۰	Mf
۴۰	۲	۰	۴۰	۴۰	Ps
۴۸	۲	۰	۴۸	۴۸	Pt
۷۸	۱۳	۰	۷۸	۷۸	Sc
۴۶	۷	۰	۴۶	۴۶	Ma
۶۹	۶	۱	۶۹	۷۰	Si

بودند که مواد حذف شده و تشکیل دهنده مقیاس جدید (یعنی دمورالیزیشن)، با مفاهیم محوری مقیاس‌های بالینی، بی‌ارتباط هستند [۱۱ و ۱۲]؛ بنابراین دو کار باید انجام شود: اول اینکه این آیتم‌ها در شکل‌گیری مقیاس‌های جدید (یعنی RC) دخالت داده نشوند، و دیگر اینکه ایت‌های حذف شده دارای ویژگی مشترکی در همپوشی بین مقیاس‌های بالینی MMPI بوده‌اند، پس می‌توانستند در یک مقیاس جداگانه جمع شوند. شاید طراحان نمی‌خواستند به سادگی هر ایت‌می را از دست بدهند چون هم می‌خواستند احترام پیش‌تازان را حفظ کنند و هم اینکه آنها در جریان شکل‌گیری اولیه این ایت‌ها و طراحی آنها نبودند، پس شایسته بود که به راحتی دست به حذف آنها نزنند، چه که به هر حال تولد آنها به تلاش و فلسفه علمی خاصی وابسته بوده است که طراحان جدید شاید از آن مطلع نباشند. بنابر این (به لحاظ کیفی)، همان هشت مقیاس بالینی اولیه حفظ شده، اما ایت‌های مشترک آن‌ها، استخراج و متمایز شده و در یک مقیاس جداگانه (RCd) تعبیه گردیده است. البته این تلاش پیشتر و در سال ۱۹۷۹

افزایش اعتبار همگرا و تفکیکی. بدین سان مقیاس‌های جدیدی شکل گرفتند. آنها این مقیاس‌ها را RC<sup>۱</sup> نامیدند. البته ادعای آنها این بود که در واقع این مقیاس‌ها، عمدتاً به عنوان مقیاس‌های کمکی مقیاس‌های بالینی MMPI-2 و به منظور وضوح بخشیدن به این مقیاس‌ها طراحی شده‌اند [۱۳].

طراحی مقیاس‌های RC بر اساس گام‌های زیر برداشته شد: در گام نخست تلگن در ۱۹۸۵، واتسن و تلگن در ۱۹۸۵ بر تئوری خود در مورد عاطفه مثبت و عاطفه منفی تکیه داشتند. هرچند آنها هیچ منطقی را برای استفاده از تئوری شان در شکل‌گیری این مقیاس‌ها توضیح ندادند. در گام بعد، در ابتدا، تلگن و همکاران در سال ۲۰۰۳ تعدادی از ایت‌هایی را که به "دمورالیزیشن" اشاره دارد، از هشت مقیاس بالینی (HS, D, HY, Pd, Pa, Pt, Sc) و Ma حذف کردند و آنها را در یک مقیاس جداگانه، به نام مقیاس RCd<sup>۲</sup>، تنظیم نمودند. طراحان RCd بر این باور

1. Restructured Clinical (RC) Scales
2. Demoralization
3. Demoralization Scale

نام‌های مرتبط به شرح زیر می‌باشند (نام‌های داخل پرانتز، مربوط به MMPI-2 است):

- RCd: دمورالیزیشن - ناخوشایندی و نارضایتی کلی،  
RC1: شکایات جسمانی ( خودبیمارانگاری) -  
شکایات جسمانی فراوان،  
RC2: هیجانان مثبت ناچیز ( افسردگی) - یک عامل آسیب پذیری شاخص و محوری، افسردگی،  
RC3: بدبینی ( هیستری) - باورهای غیر انتساب به خود<sup>۵</sup> مبنی بر اینکه دیگران افرادی بد و غیر قابل اعتماد هستند.  
RC4: رفتارهای ضد اجتماعی ( انحراف روانی) - قانون شکنی و رفتارهای غیر مسئولانه  
RC6: افکار گزند و آسیب ( پارانویا) - باورهای انتساب به خود<sup>۶</sup> مبنی بر اینکه دیگران خطرناک هستند.  
RC7: هیجانان منفی ناکارآمد (ضعف روانی) - اضطراب، خشم و تحریک پذیری ناسازگارانه  
RC8: تجارب نابهنجار ( اسکیزوفرنی) - ادراک یا افکار نامتداول و مرتبط با سایکوز  
RC9: کنش وری هایپومانیک ( هایپومانیا) - فزون کنشی، پرخاشگری، تکانش وری و بزرگ منشی گراهام<sup>۷</sup>، بن - پوراث<sup>۸</sup> و مکنولتی<sup>۹</sup> در سال ۲۰۰۰، اعتبار درونی و پیش بین ( از طریق یک مجموعه داده از بیماران سرپایی) [۱۶] و آربسی<sup>۱۰</sup>، بن - پوراث و مکنولتی در سال ۲۰۰۳ دو مجموعه داده‌ی مربوط به بیماران بستری را پی گرفتند. آنها گزارش کردند که مقیاس‌های RC، به اندازه‌ی مقیاس‌های بالینی یا حتی بیشتر از آنها، با رفتارهای بیرونی فرد، همبستگی نشان می‌دهند [۱۷]

البته ویلیامز<sup>۱۱</sup> و بوچر<sup>۱۲</sup> در نقد تلاش طراحان مقیاس‌های RC، حذف آیت‌های مشترک در مقیاس‌های

توسط فرنک<sup>۱</sup>، زمانی که به دنبال بهبود قدرت تشخیصی MMPI بود، مورد توجه قرار گرفته بود. وی به این نتیجه رسید که بسیاری از آیت‌های مقیاس‌های بالینی MMPI، دمورالیزیشن را تحت پوشش قرار می‌دهند. پس میتوان گفت که در نهایت مقیاس ناامیدی، به مجموعه‌ای از شکایات گسترده عاطفی در رابطه با شکست مداوم از مقابله‌ی درونی یا بیرونی با ( مشکلات) زندگی، اشاره دارد. ژوئینر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۵) به این باور اشاره دارند که دمورالیزیشن را نباید با فقدان لذت مشتبه نمود، چه اولی در بسیاری از اختلالات روانی دیده می‌شود اما فقدان لذت<sup>۳</sup>، مولفه‌ی بسیار اختصاصی برای افسردگی اساسی به شمار می‌آید. پس مقیاس RCd، هرچند که در نوع خودش به لحاظ بالینی اهمیت دارد، اما در عین حال در دقت و صحت مقیاس‌های بالینی، نقش شاخصی ندارد و حذف آن از مقیاس‌های بالینی و سنجش آن به طور جداگانه، برای تشخیص اعتبار همگرا و افتراقی مقیاس‌های بالینی، کمک کننده است. بعد از اینکه آیت‌های مربوط به RCd از مقیاس‌های بالینی حذف شدند، مولفه‌های " محوری"<sup>۴</sup> هر کدام از مقیاس‌های بالینی، آشکار شدند. بدین ترتیب، در مجموع ۱۲ مولفه شناسایی شد: مقیاس RCd و ۱۱ مقیاس بالینی متمایز. این مقیاس‌ها، برای بررسی میزان قدرت تمایزشان تست شدند. بعد از آن، آنها همبستگی میان این مقیاس‌ها و آیت‌هایی از MMPI - 2 که به نظر می‌رسید جزو ساختارهای بنیادین مقیاس‌های بالینی بودند، مورد بررسی قرار دادند. در واقع بازسازی مقیاس‌های بالینی با این هدف انجام شد که مجموعه‌ای از آیت‌های مبسوط تر و از لحاظ روان سنجی با کفایت تر، گرد آوری شوند. بر این اساس همه‌ی ۵۶۷ آیت مقیاس‌های MMPI-2 تحلیل شدند. نتایج تحلیل پیچیده‌ی آن آیت‌ها، ۸ مقیاس بالینی متمایز را علاوه بر مقیاس RCd نشان داد [۱۴ و ۱۵].

مقیاس‌های بالینی بازسازی شده، بر اساس نمادها و

5. Non-self-referential beliefs  
6. Self-referential beliefs  
7. Graham, J. R.  
8. Ben- Porath, Y. S.  
9. McNulty, J.  
10. Arbis, P. A.  
11. Williams, C. L.  
12. Butcher, J. N.

1. Frank, J.  
2. Joiner, T. E.  
3. anhedonia  
4. Core

براین، در مطالعه‌ی مگارجی (۲۰۰۶) بیشترین همبستگی مقیاس RC4، به جای مقیاس ۴، با مقیاس تکمیلی AAS<sup>۶</sup> می‌باشد [۲۱].

در این قسمت و در ادامه نقادی مقیاس‌های RC، به موارد حساسیت پایین مقیاس‌های RC در شناسایی مشکلات بالینی، نسبت به مقیاس بالینی اولیه در MMPI. در شکل ۱ و ۲ پرداخته می‌شود. شکل ۱ مربوط به نمونه‌ای از افرادی است که مبتلا به اختلالات خوردن بوده‌اند و شکل ۲ مربوط به نمونه‌ای از زندانیان است.

همان‌طور که در شکل ۱ دیده می‌شود مقیاس‌های بالینی اولیه، دامنه‌ای از پاتولوژی را نشان می‌دهند. از میان مقیاس‌های بالینی، مقیاس‌های HS, Hy, D, Pd, Pt و Sc برافراشتگی‌هایی را نشان می‌دهند، این برافراشتگی‌ها، همسان با مطالعات قبلی در مورد زنان مبتلا به اختلالات خوردن می‌باشد [۲۲]. از طرف دیگر، اگر چه این بیماران در مقیاس‌های RC1 و RC2 برافراشتگی‌هایی را نشان می‌دهند، ولی برخی دیگر از ویژگی‌های مربوط به افراد مبتلا به اختلالات خوردن، در آنها دیده نمی‌شود (مثل نشانه‌های هیستری، مشکلات شخصیت، حساسیت، اضطراب و سوء تعبیر شناختی) [۲۲] (شکل ۱)

نگاهی به شکل ۲، که مربوط به نمونه‌ای از افراد زندانی است، نشان می‌دهد که همه مقیاس‌های RC نمره ی تی (T) کمتر از ۵۰ دارند، البته به جز مقیاس RCd با نمره تی (T) بالاتر از دیگر مقیاس‌های RC، که آن هم ارزش تفسیر ندارد. بنابر این مقیاس‌های RC، بر خلاف مقیاس‌های بالینی اولیه، نمایانگر مشکلات پاتولوژیک نیستند. مقیاس بالینی ۴ در MMPI-2 نشان از مشکلات شخصیتی دارد، و نمره بالای APS<sup>۷</sup> احتمال بالای سوء مصرف مواد را در این افراد را نشان می‌دهد [۲۳] (شکل ۲).

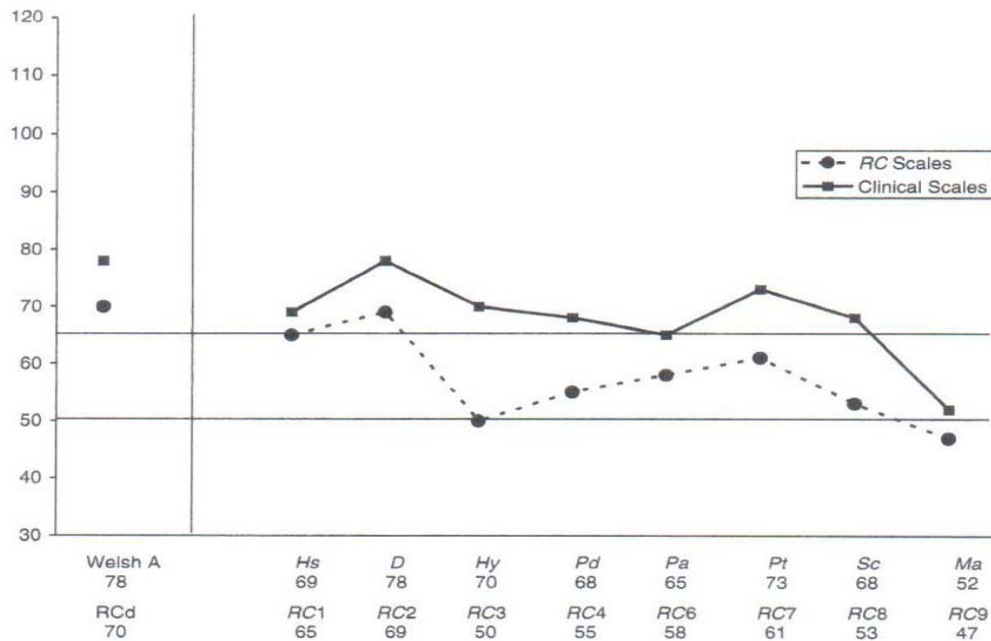
بالینی اولیه را که تشکیل دهنده مقیاس دموورالیزیشن بوده‌اند، مشابه با حذف تجربه‌ی درد از علائم طبی دانسته‌اند. درد در بسیاری از بیماری‌های طبی اتفاق می‌افتد و در حقیقت به متخصص کمک می‌کند تا بتواند مشکلات زیربنایی را پیدا کند. به‌طور مشابه، حذف آیتم‌های مرتبط با مقیاس دموورالیزیشن از مقیاس‌های بالینی، از طریق حذف نشانه‌های بالینی، منجر به تضعیف این مقیاس‌ها می‌شود [۱۸]. در این راستا و بینفورد<sup>۱</sup> و لیلژیکوویست<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۸ در تحقیقی که بر روی بیماران سرپایی (که مبتلا به اختلالات روانی بودند) انجام دادند، اشاره کردند که شاید ضعف مقیاس RC2 در شناسایی افسردگی، نسبت به مقیاس بالینی هم‌تایش و مقیاس محتوایی DEP، پیامد حذف آیتم‌های مربوط به دموورالیزیشن باشد [۱۹].

همچنین کوملا<sup>۳</sup>، کیلی<sup>۴</sup> و بوچر در سال ۲۰۰۹ به این نتیجه رسیده‌اند که مقیاس‌های RC در مقایسه با مقیاس‌های بالینی اولیه در MMPI، حساسیت کمتری به مشکلات بالینی دارند [۲۰]. مگارجی<sup>۵</sup> در سال ۲۰۰۶ در مطالعه‌ای که بر روی ۲۶۱۹ مرد زندانی و ۷۹۷ زن زندانی انجام داد بدین نتیجه رسید که سطح بیش از نیمی از مقیاس‌های RC، کمتر از تی (T) ۵۶ است و این پایین بودن سطح T، حتی مقیاس RC4 (pd اولیه) را هم شامل می‌شود. این نتایج نشان می‌دهد که زندانیان بیشتر به عنوان افرادی "بهنجار"، توصیف شده‌اند و این بهنجاری حتی در رابطه با مقیاس RC4، که مبنای طراحی آن نشان دادن رفتارهای ضداجتماعی بوده، نیز دیده می‌شود. ملوی و گاکانو (۲۰۰۹) با بررسی مجدد نتایج مگارجی (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که مقیاس‌های RC در شناسایی ویژگی‌های جمعیت‌های زندانی، هم از لحاظ ویژگی‌های پاتولوژیک به‌طور کلی، و هم از لحاظ رفتارهای ضد اجتماعی به‌طور خاص، با مشکلاتی مواجه هستند. علاوه

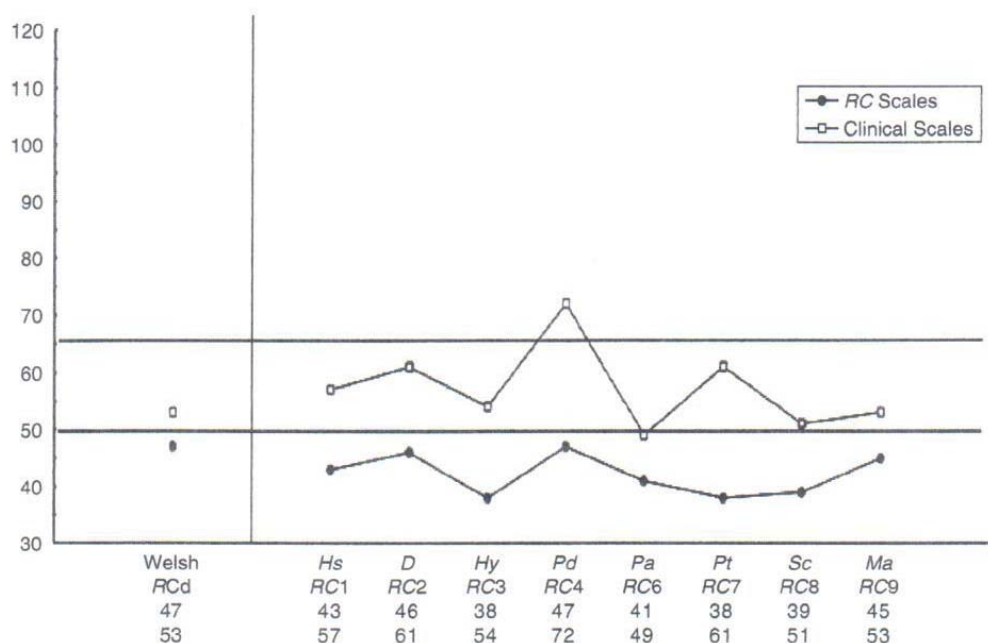
۶. Addition Admission Scale (AAS): نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده آگاهی هوشیارانه فرد و تمایل او به در میان گذاشتن اطلاعات مربوط به مشکلات وابسته به مواد یا الکل است.

۷. Addiction Potential Scale: نمرات بالا در این مقیاس نشان می‌دهد که شخص دارای تعداد قابل ملاحظه‌ای از عامل‌های شخصیتی و سبک‌های زندگی است که با سوء مصرف کنندگان الکل و یا مواد همسان است.

1. Binford, A.  
2. Liljequist, L.  
3. Cumella, E.  
4. Kally, Z.  
5. Megargee, E. I.



شکل ۱: نیمرخ آزمودنی‌های مبتلا به اختلالات خوردن [۲۲]



شکل ۲: نیمرخ آزمودنی‌های زندانی [۲۳]

ولش<sup>۱</sup> (1956)، با استفاده از تحلیل عامل سطح مقیاس<sup>۲</sup>،

البته باید توجه داشت که مقیاس‌های RC، اولین مقیاس‌هایی نیستند که از طریق تحلیل عامل برای بازسازی مقیاس‌های بالینی MMPI به وجود آمده‌اند.

1. Welsh  
 2. scale-level factor analysis



با این حال، قبل از اینکه چنین پیشنهادهایی به ثمر نشینند، در سال ۲۰۰۲، یعنی یک سال قبل از انتشار رساله‌ی تلگان و همکاران (۲۰۰۳) و مطرح شدن سخنان بالا در مورد مقیاس‌های RC، طرحی به منظور شکل‌دهی نسخه کوتاهی از MMPI-2، مبتنی بر مقیاس‌های RC، آغاز شده بود. بنا بر این نباید تعجب کرد که چنین اقداماتی، با انحراف از روش تجربی هته وی و مک کینلی، نهایتاً به ایجاد مقیاس‌هایی منتهی شد که تفاوت بسیاری با مقیاس‌های بالینی پیشین داشتند [۲۵ و ۲۶]. از سوی دیگر رانسون<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۹) اذعان کرده‌اند، که ایجاد تغییرات گسترده در ابزار استاندارد چون MMPI که نزدیک به ۷۰ سال حمایت پژوهشی را در کارنامه خود دارد، می‌تواند خطر پذیری زیادی به همراه داشته باشد، به ویژه زمانی که این تغییرات مبتنی بر روش شناختی اساساً متفاوت و پشتوانه پژوهشی محدود باشد. چه که یک ابزار جدید، پیش از آنکه در زمینه‌ی بالینی به‌طور گسترده مورد استفاده قرار گیرد باید به پشتوانه‌های پژوهشی مجهز گردد [۲۷].

در واقع اگر مقیاس‌های RC، مقیاس‌های جدیدی باشند که با مقیاس‌های بالینی پیشین متفاوت هستند، پس جدای از پژوهش‌های هفت دهه در مورد MMPI و مقیاس‌های بالینی آن، پژوهش‌های مستقلی در مورد این مقیاس‌ها مورد نیاز است. بدین خاطر نباید تن به این وسوسه داد که یافته‌های قبلی را پشتوانه مقیاس‌های جدید دانست، بلکه یافتن شواهد تجربی برای مقیاس‌های تازه ضروری است [۲۸].

علاوه بر شواهد تجربی، باید اشاره کرد که مقیاس‌های RC، دارای مبنای نظری تردیدآمیز هستند [۲۹، ۲۷، ۱۸، ۳۰]. همچنین، تمرکز اکثر مقیاس‌های RC، متوجه ساختارهای شخصیتی مقیاس‌های بالینی MMPI-2 نیست [۲۶، ۳۰، ۳۱، ۳۲ و ۳۳]. دیگر اینکه، این مقیاس‌ها، حساسیت کمی به مشکلات سلامت روان دارند [۱۹، ۳۴-۳۹].

با این حال و با وجود نقادان‌های متعدد نسبت به

یک سیستم تفسیری را که ترکیبی از عامل‌های اضطراب (Anxiety) (A) و سرکوبی (Repression) (R) بود، پیشنهاد کرد. از این رویکرد تفسیری استقبال گسترده‌ای صورت نگرفت. تلگان و همکاران (۲۰۰۳)، اساساً از همان تحلیل عامل ولش استفاده کردند، ولی نام آن را به ناامیدی/تضعیف روحیه (Demoralization (RCd)<sup>۱</sup> تغییر دادند تا نشان دهند که چه آیت‌هایی از مقیاس‌های بالینی حذف شده‌اند. همچنین قابل اشاره است که بسیاری از مقیاس‌های RC، از قبیل مقیاس‌های RC1، RCd و RC3، همان مقیاس‌هایی بوده‌اند، که پیشتر در تحلیل عامل جانسون<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۴) گزارش شده بود [۲۴].

تلگان و همکاران (۲۰۰۳) در گام نخست مقیاس‌های RC را یاریگر تفسیر نیمرخ مقیاس‌های بالینی دانسته و گفته‌اند که مطالعات بیشتر، می‌توانند مشخص کنند که این مقیاس‌های جدید، نهایتاً چه نقش دیگری می‌توانند داشته باشند. پس در عین اینکه به عنوان ابزار بالینی هستند در عین حال ابزاری پژوهشی می‌باشند. بدین خاطر آنها برای پژوهش‌های آتی گستره‌هایی را به شرح زیر پیشنهاد کرده بودند:

- بررسی کاربرد مقیاس‌های RC در زمینه‌های مختلف به غیر از زمینه‌هایی که در راهنمای سال ۲۰۰۳ آورده شده است (مثل سوء مصرف مواد، پزشکی عمومی، زمینه‌های قانونی و غربال کارکنان).
  - مقایسه مقیاس‌های RC با کدهای خاصی که برای آسیب‌شناسی، ویژگی‌های شخصیتی و گرایش‌های رفتاری به کار برده می‌شود
  - بررسی و تحلیل بیشتر در زمینه اعتبار سازه‌ی مقیاس‌های RC و ...
- تلگان و همکاران (۲۰۰۳) اذعان کرده‌اند که از طریق چنین تلاش‌هایی ممکن است بتوان بخش کامل‌تری از ویژگی‌های بنیادین MMPI-2 را، در مجموعه‌ی جدیدی از مقیاس‌هایی که نسبت به مقیاس‌های کنونی موثر ترند، انعکاس داد [۲۴].

1. Welsh A and RCd are correlated at 0.90 (see Rouse et al. 2008)

2. Johnson, J.H.

3. Ranson, M.

شد و در MMPI-2-RF گنجانده شد. این ابعاد عبارتند از: EID<sup>۲</sup> (بدکارکردی درونی سازی / هیجانی)، THD<sup>۳</sup> (بدکارکردی افکار)، BXD<sup>۴</sup> (بدکارکردی برونی سازی / رفتاری) [۱۴،۱۵].

مقیاس‌های سطح بالاتر EID، THD و BXD، به خوبی معادل با کدهای تشخیصی 2/7، 6/8 و 4/9 در MMPI-2 هستند. در حالی که این کدها به صورت انحصاری هستند (به یک نیمرخ، بیشتر از یک کد تعلق نمی‌گیرد)، رویکرد زیربنایی مقیاس‌های سطح بالاتر EID، THD و BXD، به گونه‌ای است که اجازه می‌دهد یک پاسخ، نمرات بالایی روی بیش از یکی از این مقیاس‌ها به دست آورد. هرچند، تحقیقاتی در رابطه با قابلیت کاربرد کدهای تشخیصی در MMPI-2-RF در حال انجام است، اما تاکنون توافقی در رابطه با کاربرد این کدها در این آخرین ویرایش MMPI دیده نمی‌شود. این وضعیت، هم چنین یکی از مهم ترین تغییرات MMPI-2 به‌شمار می‌آید [۱۴،۱۵].

علاوه بر شکل‌گیری مقیاس‌های RC و مقیاس‌های سطح بالاتر، باید به تلاش‌هایی اشاره کنیم که در سال ۲۰۰۳، به منظور طراحی مقیاس Fp (پاسخ‌های آسیب شناسی نادر<sup>۵</sup>)، S (برتر بودن<sup>۶</sup>)، PSY-5 (مبتنی بر مدل چند بعدی شخصیت که در سال ۱۹۹۵ توسط آلن هارنس<sup>۷</sup> و جان مک‌نالتی<sup>۸</sup>، مطرح شد [۴۴])، و مقیاس‌های مقیاس‌های ظریف / آشکار<sup>۹</sup> (که در سال ۱۹۹۹ متوقف شدند) انجام شدند [۱۴،۱۵].

تکمیل MMPI-2-RF، نیاز به انطباق نسخه‌ی تجدید نظر شده PSY-5 توسط هارنس و مک‌نالتی [۴۵] و هارنس، مک‌نالتی، بن-پورات و گراهام [۴۶] و هم چنین ۸ مقیاس اعتباری داشت که ۷ مقیاس آن، تجدید نظر شده و یک مقیاس، جدید بود. مقیاس‌های تجدید نظر شده PSY-5، با کلاستر A,B,C اختلالات شخصیت DSM

2. Emotional/Internalizing Dysfunction
3. Thought Dysfunction
4. Behavioral/Externalizing Dysfunction
5. Infrequent Psychopathology Responses
6. Superlative
7. Harkness, A.
8. McNulty, J.
9. Subtle/Obvious Scales

اعتبار و کاربرد مقیاس‌های یاد شده در فرم جدید MMPI و مقیاس‌هایی که هسته‌ی مرکزی آن را تشکیل می‌دهند، رشد و تحول این مقیاس‌ها همچنان ادامه داشته و خواهد داشت [۱۹،۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۳، ۳۹].

### خرده چهارم : چگونگی تولد MMPI-2-RF

به دنبال شکل‌گیری مقیاس‌های RC، در سال ۲۰۰۸ نسخه دیگری از MMPI، تحت عنوان MMPI-2-RF منتشر شد. هنگام انتشار نسخه جدید، به وضوح دیده می‌شد که مقیاس‌های RC، هسته اصلی این نسخه را شکل داده‌اند. با این اشاره، شاید اکنون مشخص شده باشد که چرا در این نوشتار بر مقیاس‌های RC تاکید بیشتری شده و بخش قابل توجهی از رهیافت تاریخی در این جستار، دربرگیرنده این مقیاس‌ها و نقادی آنها بوده است. پس از مشخص شدن هسته اصلی MMPI-2-RF، اکنون بد نیست به شکل‌گیری دیگر ابعاد این نسخه پردازیم. نسخه‌ای که توسط تلگان و بن - پرات (۲۰۰۸) طراحی شد و در اواخر سال ۲۰۰۸ توسط انتشارات دانشگاه مینه‌سوتا منتشر شد.

از سوی دیگر، با طراحی مقیاس‌های بالینی بازسازی شده، علاوه بر بررسی کاربرد آنها در جمعیت‌ها و بافت‌های مختلف، تلاش‌هایی به منظور شناسایی ابعاد مرتبه بالاتر برای تسهیل فهم "تصویر برجسته تر"<sup>۱</sup> از لحاظ بالینی، شکل گرفت. همچنین الگوریتم‌ها به منظور شناسایی پاسخ‌های نوروتیک از پاسخ‌های سایکوتیک، به کارگرفته شدند. از تحلیل عامل ۹ مقیاس RC، که به عنوان مقیاس‌های محوری MMPI-2-RF بوده، سه مقیاس H-O [۴۰]، به منظور ارزیابی حیطه‌های گسترده‌ای از مشکلات درونی سازی، برونی سازی و آشفتگی افکار ارائه شده‌اند که در مطالعات تجربی، از جمله مطالعات اپیدمیولوژیک، [۴۱،۴۲]، به طور همسان شناسایی شده‌اند. آنها، هم چنین سنجش‌های چند بعدی از ۳ تا از رایج‌ترین کدهای تشخیصی MMPI-2 (۲۷/۷۲، ۶۸/۸۶ و ۴۹/۹۴)، ارائه می‌کنند [۴۳]. در نهایت، ۳ بعد مرتبه بالاتر شناسایی

1. " bigger picture"

مقیاس‌های PSY-5 با مقیاس‌های اولیه‌شان نداده‌اند [۱۸]. البته راهنمای MMPI-2-RF، برای اطلاعات بیشتر در رابطه با مقیاس‌های PSY-5 و سایر مقیاس‌های MMPI-2-RF، کاربران را به یک راهنمای فنی ارجاع داده است [۵۱]. در مورد مقیاس‌های تجدید نظر شده ی PSY-5، یک پاراگراف به طور خلاصه فرآیند تجدید نظر این مقیاس‌ها را توسط هته وی و مک کینلی (۲۰۰۷) شرح داده است، در یک قسمت از پیوست، اطلاعات مربوط به همبستگی بیرونی این مقیاس‌ها نشان داده شده و در یک جدول، اطلاعات مربوط به پنج نمونه ی بالینی که حاکی از همبستگی قوی مقیاس‌های PSY-5 با مقیاس‌های اصلی شان بوده، نشان داده شده است. هیچ اطلاعات دیگری در رابطه با مقیاسه ی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌های PSY-5 با مقیاس‌های اصلی شان وجود ندارد تا معادل بودن این دو فرم را به متخصصان نشان دهد. در آن راهنمای فنی، برای توسعه ی مقیاس‌های PSY-5، به یک سخنرانی منتشر نشده استناد داده شده [۴۵] و مشخص نیست که آیا کاربران به آن دسترسی خواهند داشت یا خیر و اینکه آیا در آن متن توضیحات کافی وجود دارد یا خیر؟

هشت مقیاس اعتباری MMPI-2-RF، شامل ۷ مقیاس تجدید نظر شده ی MMPI-2 و یک مقیاس جدید می‌باشد. نخست اینکه نسخه‌های تجدید نظر شده ی ناهمسانی پاسخ‌های متغیر (VRIN-r) و ناهمسانی پاسخ‌های درست (TRIN-r)، به ترتیب، پاسخ‌های تصادفی و ثابت را مورد سنجش قرار می‌دهند. همچنین مقیاس پاسخ‌های نادر (F-r)، نسخه ی تجدید نظر شده‌ای از مقیاس اصلی F می‌باشد و در بر گیرنده محتوای آیم‌هایی است که کمتر از ۱۰ درصد جمعیت زنان و مردان در نمونه ی هنجاری MMPI-2، آنها را تایید کرده‌اند. دامنه‌ی همسانی درونی این مقیاس در نمونه ی بهنجار MMPI-2-RF از ۰.۶۹ (نمونه ی مردان) تا ۰.۷۱ (در نمونه زنان)، متغیر است و در جمعیت بیماران روان پزشکی سرپایی و بستری، بین ۰.۸۵ تا ۰.۸۸ متغیر است. در "راهنمای فنی" MMPI-2-RF، همبستگی میان F-r و

مرتبط هستند و بر مدل چند بعدی اختلالات شخصیت که از حمایت تجربی برخوردار است، تاکید دارند [۴۴، ۴۷، ۴۸] و این با یافته‌های تجربی مربوط به مفهوم سازی چند بعدی آسیب شناختی شخصیت همسان می‌باشد [۴۹، ۵۰]. مجموعه این مقیاس‌ها در زیر ارایه شده‌اند:

AGGR-r<sup>۱</sup>: پرخاشگری - تجدید نظر شده - که به پرخاشگری ابزاری و هدفمند اشاره دارد

PSYC-r<sup>۲</sup>: روان پریش گرایی - تجدید نظر شده - جدایی از واقعیت

DISC-r<sup>۳</sup>: بی‌قیدی - تجدید نظر شده - رفتار خارج از کنترل

NEGE-r<sup>۴</sup>: هیجان پذیری منفی / روان رنجور خوبی - تجدید نظر شده - اضطراب، احساس ناامنی، نگرانی و ترس

INTR-r<sup>۵</sup>: درون گرایی / هیجان پذیری مثبت ناچیز - تجدید نظر شده - دوری از اجتماع و فقدان احساس خرسندی

در راهنمای MMPI-2-RF اشاره شده است که مک نولتی و هارکنس (۲۰۰۷) به طور مستقل، مقیاس‌های PSY-5 را مورد تجدید نظر قرار داده‌اند. احتمالاً آنها باید درباره ی فرایند تجدید نظر این مقیاس‌ها، توضیحات کافی برای کاربران فراهم آورده باشند تا مشخص گردد که مقیاس‌های تجدید نظر شده ی PSY-5، با مقیاس‌های اولیه شان معادل هستند، ولی تاکنون چنین توضیحاتی در راهنمای MMPI-2-RF دیده نشده است. مک نولتی و هارنس (۲۰۰۷)، در فصلی از کتابی که گفته شده توسط بوچر ویرایش شده، به طور واضح به این موضوع اشاره نکرده‌اند. در فصلی از کتاب مشابه ی دیگری که توسط بوچر (۲۰۰۶) ویرایش شده، هته وی و مک کینلی (۲۰۰۶)، هیچ اشاره‌ای به مقیاس‌های تجدید نظر شده PSY-5 نکرده‌اند و هیچ توضیحی در رابطه با معادل بودن

1. Aggressiveness-Revised
2. Psychoticism-Revised
3. Disconstraint-Revised
4. Negative Emotionality/Neuroticism-Revised
5. Introversion/Low Positive Emotionality-Revised

دو نمونه‌ی هنجاری و نمونه‌ی بیماران جسمی، تایید شده و نشانه‌های جسمانی تایید شده توسط ۲۵ درصد یا کمتر از ۲۵ درصد از جمعیت بیماران جسمی و جمعیت بیماران مبتلا به درد مزمن را شامل می‌شود [۵۶]. در "راهنمای فنی" MMPI-2-RF، همسانی درونی این مقیاس در جمعیت بیماران سرپایی و بستری روان پزشکی، بین ۰/۶۰ تا ۰/۶۸ گزارش شده است [۵۲].

همچنین مقیاس اعتبار نشانه (FBS-r)، از جمله تغییرات بحث‌برانگیزی است که در ژانویه‌ی سال ۲۰۰۷ به گزارش نمرات MMPI-2 اضافه شد و سپس به شکل‌گیری نسخه‌ی کوتاهی از آن (FBS-r) در MMPI-2-RF ختم شد. این مقیاس دربرگیرنده ۳۰ آیتم از ۴۳ آیتم FBS اصلی می‌باشد. در "راهنمای فنی" MMPI-2-RF، همسانی درونی این مقیاس، در جمعیت بیماران سرپایی و بستری روان پزشکی، بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ گزارش شده است. در این راهنما، همبستگی میان FBS و FBS-r در جمعیت بیماران بیش گزارش کننده‌ی علائم جسمانی و روانی، در جمعیت مبتلا به آسیب عصب روانی و ناتوانی / آسیب فردی، بین ۰/۹۶ تا ۰/۹۹ گزارش شده است [۵۲].

البته باید توجه کرد که مقیاس FBS توسط لیز-هالی<sup>۵</sup> و همکاران (۱۹۹۱) اساساً به منظور بررسی تمارض نشانه‌ها در بیمارانی که به لحاظ شخصیتی آسیب دیده هستند، طراحی شده است. نتایج بررسی‌ها نشان داده‌اند که نرخ پاسخ‌های مثبت کاذب این مقیاس، در میان افرادی که تحت درمان روانشناختی هستند، بالاست [۵۷ و ۵۸]. به عنوان مثال، بر اساس نقاط برش لیز هالی و همکاران (۱۹۹۱)، ۶۲ درصد از زنانی که مبتلا به اختلالات خوردن هستند، تمارض تشخیص داده می‌شوند، و بر اساس نقاط برشی که اخیراً برای FBS نظر گرفته شده است، ۱۱ درصد از آنها تمارض تشخیص داده می‌شوند [۵۸]. این سوگیری در نتایج مقیاس FBS، تا حدی به این دلیل است که بخش زیادی از

F در جمعیت بیماران روان پزشکی بستری، بیماران جسمی، جمعیت مبتلا به ناتوانی / آسیب فردی و آسیب عصبی روانی<sup>۱</sup>، بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ گزارش شده است [۵۲]. از سوی دیگر، مقیاس پاسخ‌های آسیب شناختی روانی نادر (FP-r)، محتوی ۲۳ آیتم از ایتم‌های مقیاس FP در MMPI-2 می‌باشد و ۴ آیتم از آیتم‌های اصلی به دلیل هم پوشی با مقیاس L اصلی حذف شده‌اند [۵۳]. در هنگام بازسازی مقیاس Fp-r، ۹ آیتم از مقیاس اصلی حذف شدند و ۳ آیتم که تاثیر بیشتری داشتند، اضافه شدند، که در نهایت تعداد آیتم‌های این مقیاس به ۲۱ آیتم رسید. همان گونه که در "راهنمای فنی" MMPI-2-RF توصیف شده است، همسانی درونی این مقیاس بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ می‌باشد و پایایی از مون-بازآزمون آن ۰/۷۱ است. Fp-r و Fp، همبستگی قوی دارند (۰/۷۳ تا ۰/۹۹). این دو مقیاس، پیش‌گویی مناسبی از بیش گزارش دهی نشانه‌ها در جمعیت بیماران مبتلا به سایکوپاتولوژی شدید، در نظر گرفته می‌شوند [۵۲].

سلبام<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۰)، طرحی را به منظور بررسی کاربرد مقیاس‌های اعتباری MMPI-2-RF برای شناسایی تمارض (همان گونه که در مصاحبه‌ی ساختار یافته‌ی نشانه‌های گزارش شده<sup>۳</sup> [۵۵]، تعریف شده است)، در نمونه‌ای از متهمان به جنایت، به کار برده‌اند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که F-r و Fp-r در تمایز بین گروه‌های تمارض و غیر تمارض، بیشترین تاثیر را داشته‌اند (که میزان آن به ترتیب  $d = 2.37$  و  $d = 2.34$  می‌باشد) [۵۴].

دیگر مقیاس، مقیاس پاسخ‌های جسمانی نادر (FS)<sup>۴</sup> است. این مقیاس جدیدی است که به منظور سنجش پاسخ‌های جسمانی غیر قابل اعتماد، یا ارزیابی میزان شکایات نامتداول جسمانی در جمعیت بیماران جسمی، و پیش‌گزارش دهی نشانه‌های جسمانی، طراحی شده است. این مقیاس محتوی ۱۶ آیتم است و در تعداد اندکی از هر

1. neuropsychological
2. Sellbom, M.
3. Structured Interview of Reported Symptoms
4. Infrequent Somatic Responses

5. Lees-Haley

مقابل ۴۴ درصد از مردان). این دو نمونه آیت‌م، از نسخه ۳۰ آیت‌می FBS-r حذف شد در حالی که در نسخه FBS مربوط به MMPI-2 همچنان باقیست. به‌هرحال، متأسفانه، تقریباً نیمی از آیت‌م‌های FBS-r (مثل آیت‌م‌های 36, 45, 55, 133, 141, 162, 187, 189, 193, 234, 247, 261) تفاوت میان مردان و زنان به‌نحوا را ۵ درصد یا بالاتر نشان می‌دهد (میزان میانگین ۸/۷ و دامنه ۵-۱۸) [۵۸].

همین‌طور مقیاس برتری غیر محتمل (L-r) و اعتبار سازش (K-r)، نسخه‌های کوتاهی از مقیاس‌های همایشان در MMPI-2 می‌باشند که به منظور ارزیابی جنبه‌های متمایز و مکملی از کم گزارش دهی، طراحی شده‌اند [۱۵].

علاوه بر این، در MMPI-2-RF، ۲۵ خرده مقیاس دیگر وجود دارد که می‌توانند بدون توجه به اینکه مقیاس‌های RC ارتقا پیدا کنند یا خیر، به‌طور مستقل مدنظر قرار گیرند. این مقیاس‌ها عبارتند از: کسالت، ناراحتی‌های معده‌ای روده‌ای، شکایات سردرد، شکایات نورولوژیکال، شکایات شناختی، افکار مرگ/خودکشی، درماندگی/ناامیدی، تردید به خود، بی‌فایده بودن، استرس/نگرانی، اضطراب، آمادگی نسبت به خشم، ترس‌های بازدارنده‌ی رفتار، و ترس‌های چندگانه خاص، مشکلات سلوک نوجوانی، سوء مصرف مواد، پرخاشگری، کنش‌وری، مشکلات خانوادگی، انفعال در روابط میان فردی، اجتناب اجتماعی، کم‌رویی، عدم پیوند با دیگران، علائق ادبی - هنری، و علائق عملی - جسمانی [۱۴]. (ر.ک. جدول ۲)

در ابتدا برای کمک به تشخیص مقیاس‌های H-O و تفسیر مقیاس‌های RC، مقیاس‌های SP طراحی شدند، اما این مقیاس‌ها، هم‌چنین، گستره‌های بالینی و شخصیتی را که توسط مقیاس‌های RC به اندازه‌ی کافی پوشش داده نمی‌شوند، مورد سنجش قرار می‌دهند. مقیاس‌های SP عبارتند از: ۵ مقیاس جسمانی/شناختی، ۹ مقیاس درونی‌سازی، ۴ مقیاس برونی‌سازی و ۵ مقیاس میان فردی. مقیاس‌های درونی‌سازی محتوی ۴ مقیاسی (SUI،

آیت‌م‌های آن (یک سوم)، بر اساس مقیاسی ساخته شده که توسط هته وی و مک کین لی به منظور شناسایی نشانه‌های روان‌تنی که شیوع بالایی در جمعیت‌های روانپزشکی دارد، طراحی شده و بخش بزرگ دیگری از آیت‌م‌ها (یک سوم)، برای سنجش سبک پاسخ دفاعی به کار برده شده است [۵۹، ۶۰ و ۶۱].

پاسخ‌های متفاوت زنان و مردان به آیت‌م‌های FBS<sup>۱</sup>، یکی از نگرانی‌های مرتبط با سوگیری‌های کلی در سبک پاسخ مردان و زنان است که البته به ساختاری که ظاهراً توسط آن مقیاس ارزیابی می‌شود، ارتباطی ندارد. حامیان مقیاس‌های FBS و FBS-r مدعی هستند که طولانی بودن آیت‌م‌های FBS و FBS-r مربوط به بیش گزارش دهی<sup>۲</sup> نشانه‌هایی است که در زمان‌های مختلف توصیف می‌شدند، مثل پریشانی هیجانی یا نشانه‌های جسمانی یا نشانه‌های شناختی مربوط به آسیب مغزی [۶۲، ۶۳ و ۶۴].

همان‌گونه که در بالا توضیح داده شد، مقیاس FBS، مخصوصاً از زمانی که در MMPI-2 قرار گرفت، برای تصمیمات مهمی به کار برده می‌شود که به‌گونه‌ی معناداری به‌زیستی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. تفاوت جنسیتی در پاسخ به آیت‌م‌های FBS، در مقالات زیادی گزارش شده است [۵۷، ۵۸، ۶۲ و ۶۵].

بوچر و همکاران (2008) گزارش کرده‌اند که معادل نمره‌ی برش خام ۲۹ یا بالاتر که برای شناسایی پاسخ‌های بی‌اعتبار در MMPI-2 به کار گرفته می‌شود [۶۶ و ۶۷]، برای زنان نمره‌ی تی (T) ۸۷ و برای مردان نمره‌ی تی (T) ۹۵ وجود دارد که به انحراف کامل نزدیک است. علاوه بر این، آنها گزارش کردند که سوگیری در سطح آیت‌م‌های FBS، در بالا بردن نمرات زنان در این مقیاس نقش دارد (به عنوان مثال، زنان نمونه‌ی به‌نحوا در MMPI-2 با احتمال بیشتری گرگرفتگی را گزارش می‌کنند ۱۳ درصد در مقابل ۲ درصد از مردان - و آنها مصرف بیش از اندازه‌ی الکل را تایید نمی‌کنند - ۲۱ درصد در

1. Fake Bad Scale  
2. over-reporting

HLP, SFD, NFC) است که به طور خاص برای سنجش جنبه‌های مختلفی از هیجانان منفی (ANP, BRF, MSF)، جنبه‌های مختلفی از هیجانان منفی بدکارکرد (مثل RC7) را مورد سنجش قرار می‌دهند. در حالی که ۵ مقیاس باقی مانده ی دیگر (STW, AXY, MMPI-2-RF

جدول ۲: فشرده‌ای از مقیاس‌های MMPI-2-RF

توضیح	خرده مقیاس‌ها (n=51)	
ناهمسانی پاسخ‌های متغیر- پاسخ تصادفی	<sup>۱</sup> VRIN-r	مقیاس‌های اعتبار (n=9) Validity Scales
ناهمسانی پاسخ‌های درست- پاسخ ثابت	<sup>۲</sup> TRIN-r	
پاسخ‌های نادر- پاسخ‌هایی که در جمعیت عمومی نادر هستند	<sup>۳</sup> F-r	
پاسخ‌های آسیب شناختی روانی نادر- پاسخ‌هایی که در جمعیت مبتلا به اختلالات روانی نادر هستند	<sup>۴</sup> Fp-r	
پاسخ‌های جسمی نادر- شکایات جسمانی که در جمعیت بیماران جسمانی نادر هستند	<sup>۵</sup> Fs	
اعتبار نشانه- شکایات جسمی و شناختی که با بیش گزارش دهی همراهند	<sup>۶</sup> FBS-r	
شکایات اغراق شده ی حافظه	<sup>۷</sup> RBS	
برتری نامتداول- ویژگی‌ها یا فعالیت‌های اخلاقی نادر	<sup>۸</sup> L-r	
اعتبار سازگاری- ادعای سازگاری روان شناختی خوب همراه با بیش گزارش دهی	<sup>۹</sup> K-r	
مشکلات مرتبط با خلق و عاطفه	بدکارکردی هیجانی / درونی سازی (EID) <sup>۱۰</sup>	
مشکلات مرتبط با افکار آشفته	بدکارکردی افکار (THD) <sup>۱۱</sup>	
مشکلات مرتبط با رفتار تحت کنترل	بدکارکردی رفتاری / برونی سازی (BXD) <sup>۱۲</sup>	
ناخشنودی و نارضایتی کلی	<sup>۱۳</sup> Demoralization (RCd)	مقیاس‌های تجدیدنظر شده ی بالینی (n=9) RC Scales
شکایات جسمی فراوان	شکایات بدنی <sup>۱۴</sup> (RC1)	
فقدان واکنش‌های هیجانی مثبت	عواطف مثبت ناچیز <sup>۱۵</sup> (RC2)	
باورهای غیر انتساب به خود مبنی بر بی اعتمادی نسبت به دیگران و به طور کلی پایین در نظر گرفتن آنها	بدبینی <sup>۱۶</sup> (RC3)	

1. Variable Response Inconsistency
2. True Response Inconsistency
3. Infrequent Responses
4. Infrequent Psychopathology Responses
5. Infrequent Somatic Responses
6. Symptom Validity
7. Response Bias Scale
8. Uncommon Virtues
9. Adjustment Validity
10. Emotional/Internalizing Dysfunction
11. Thought Dysfunction
12. Behavioral/Externalizing Dysfunction

14. Somatic Complaints
15. Low Positive Emotions
16. Cynicism

قانون شکنی و رفتار بی مسئولانه	رفتار ضد اجتماعی <sup>۱</sup> (RC4)	مشکلات جسمانی/ شناختی (n=5) Somatic/ Cognitive	مقیاس مشکلات خاص (n=23) Specific Problems Scales
باورهای انتساب به خود مبنی بر اینکه دیگران خطرناک هستند	افکار گزند و آسیب <sup>۲</sup> (RC6)		
اضطراب، خشم و تحریک پذیری نابهنجار	عواطف منفی بدکارکرد <sup>۳</sup> (RC7)		
ادراک یا افکار نامتداول	تجارب غیر عادی <sup>۴</sup> (RC8)		
بیش کنش وری، پرخاشگری، تکانش وری و بزرگ منشی	کنش وری هایپومانیک <sup>۵</sup> (RC9)		
احساس کلی ضعف جسمانی، سلامتی ناچیز	کسالت <sup>۶</sup> (MLS)		
تهوع، ناراحتی مکرر معده و اشتهای کم	شکایات معده‌ای روده‌ای <sup>۷</sup> (GIC)		
درد سر و گردن	شکایات سردرد <sup>۸</sup> (HPC)		
سرگیجه، ضعف، فلج شدگی، فقدان تعادل و غیره	شکایات نورولوژیکال <sup>۹</sup> (NUC)		
مشکلات حافظه، دشوار شدن تمرکز	شکایات شناختی <sup>۱۰</sup> (COG)		
اذعان مستقیم افکار خودکشی و اقدامات اخیر در این رابطه	افکار مرگ/خودکشی <sup>۱۱</sup> (SUI)	RCd Facets	مشکلات درونی سازی (n=9) Internalizing
باور به اینکه نمی‌توان به اهداف رسید یا مشکلات را حل کرد	درماندگی/ ناامیدی <sup>۱۲</sup> (HLP)		
فقدان اعتماد به نفس، احساس بی‌فایده‌گی	تردید به خود <sup>۱۳</sup> (SFD)		
باور به اینکه فردی، بی‌فایده و بی‌تاثیر است	مفید نبودن <sup>۱۴</sup> (NFC)		
اشتغال فکری با ناکامی‌ها، دشواری با محدودیت زمان	استرس/ نگرانی <sup>۱۵</sup> (STW)	RC7 Facets	
اضطراب فراگیر، ترس‌ها، کابوس‌های فراوان	اضطراب <sup>۱۶</sup> (AXY)		
به راحتی عصبانی شدن، عدم تحمل دیگران	آسادگی نسبت به خشم <sup>۱۷</sup> (ANP)		
ترس‌هایی که به طور معنادار از رفتار بهنجار جلوگیری می‌کنند	ترس‌های محدود کننده رفتار <sup>۱۸</sup> (BRF)		
ترس از خون، آتش، رعد و برق و غیره.	ترس‌های خاص چندگانه <sup>۱۹</sup> (MSF)		

1. Antisocial Behavior
2. Ideas of Persecution
3. Dysfunctional Negative Emotions
4. Aberrant Experiences
5. Hypomanic Activation
6. Malaise
7. Gastrointestinal Complaints
8. Head Pain Complaints
9. Neurological Complaints
10. Cognitive Complaints
11. Suicidal/Death Ideation
12. Helplessness/Hopelessness
13. Self-Doubt
14. Inefficacy
15. Stress/Worry
16. Anxiety
17. Anger Proneness
18. Behavior-Restricting Fears
19. Multiple Specific Fears

مشکلات سلوک نوجوانی <sup>۱</sup> (JCP)	مشکلات در خانه و در مدرسه، دزدی	RC4 Facets	مشکلات برونی سازی (n=4) Externalizing
سوء مصرف مواد <sup>۲</sup> (SUB)	سوء مصرف الکل و دارو در گذشته و در حال حاضر		
پرخاشگری <sup>۳</sup> (AGG)	پرخاشگری فیزیکی، رفتار خشونت آمیز	RC9 Facets	
کنش وری <sup>۴</sup> (ACT)	برانگیختگی و انرژی به اوج رسیده		
مشکلات خانوادگی <sup>۵</sup> (FML)	ارتباطات خانوادگی پر تعارض	مشکلات بین فردی (n=5) Interpersonal	
انفعال در روابط میان فردی <sup>۶</sup> (IPP)	کمر و سلطه پذیر بودن		
اجتناب اجتماعی <sup>۷</sup> (SAV)	اجتناب از رویدادهای اجتماعی یا لذت نبردن از آنها		
کمرویی <sup>۸</sup> (SHY)	خجالتی بودن، آمادگی برای بازداری در مقابل دیگران یا اضطراب در مقابل آنها		
عدم پیوند با دیگران <sup>۹</sup> (DSF)	دوست نداشتن دیگران و عدم علاقه برای بودن در پیرامون آنها		
علاقه ادبی- هنری <sup>۱۰</sup> (AES)	ادبیات، موزیک، تئاتر	مقیاس علائق (n=2) Interest Scales	
علاقه عملی- جسمانی <sup>۱۱</sup> (MEC)	ساختن وسایل، رفتن به دامن طبیعت، ورزش		
پرخاشگری - تجدیدنظر شده <sup>۱۲</sup> (AGGR-r)	پرخاشگری ابزاری و مبتنی بر هدف	PSY-5 Scales (n=5)	
روان پریش گرایسی - تجدید نظر شده <sup>۱۳</sup> (PSYC-r)	جدایی از واقعیت		
بی قیدی- تجدیدنظر شده <sup>۱۴</sup> (DISC-r)	رفتار خارج از کنترل		
روان رنجورخویی / هیجان پذیری منفی- تجدید نظر شده <sup>۱۵</sup> (NEGE-r)	اضطراب، احساس ناایمنی، نگرانی و ترس		
درون گرایی / هیجان پذیری مثبت ناچیز- تجدید نظر شده <sup>۱۶</sup> (INTR-r)	دوری از اجتماع و فقدان احساس خرسندی		

1. Juvenile Conduct Problems
2. Substance Abuse
3. Aggression
4. Activation
5. Family Problems
6. Interpersonal Passivity
7. Social Avoidance
8. Shyness
9. Disaffiliativeness
10. Aesthetic-Literary Interests
11. Mechanical-Physical Interests
12. Aggressiveness-Revised
13. Psychoticism-Revised
14. Disconstraint-Revised
15. Negative Emotionality/Neuroticism-Revised
16. Introversion/Low Positive Emotionality-Revised



جدول ۳: مواد موجود در MMPI-2 و حذف شده در MMPI-2-RF (۲۲۹ آیتم) [۲۳]

شماره مواد حذف شده (مطابق با شماره آیت‌ها در MMPI-2)	محتوای مواد
17,22,26,68,114,123,227,248,263,269,283,374,403,410,418,419,422,433,434,486,502,564	نگرش‌های ضد اجتماعی (۲۲ آیت‌م)
5,39,87,140,154,170,178,218,238,245,261,271,285,290,313,356,395,413,444	ترس‌های اضطرابی / اجباری <sup>۱</sup> (۱۹ آیت‌م)
13,184,221,293,448	رویا پردازی / خیالپردازی <sup>۲</sup> (۵ آیت‌م)
6,125,155,195,214,217,276,297,300,332,425,449,498,522,550	مشکلات خانوادگی <sup>۳</sup> (۱۵ آیت‌م)
103,344	قماربازی <sup>۴</sup> (۲ آیت‌م)
85,150	تکانش‌گری <sup>۵</sup> (۲ آیت‌م)
7,14,62,80,88,119,128,137,156,199,210,236,272,312,343,351,354,371,384,416,426,456,467,473,474,557	علاقه‌مندی (دلبستگی) <sup>۶</sup> (۲۷ آیت‌م)
93,116,523	تحریک‌پذیری <sup>۷</sup> (۳ آیت‌م)
38,52,71,92,146,219,234,246,306,341,376,377,399,407,450,480,483,512,516,518,526,539,565	خلق پایین <sup>۸</sup> (۲۳ آیت‌م)
43,78,235,237,243,374,380,476,549,562	عزت نفس پایین <sup>۹</sup> (۱۰ آیت‌م)
46,98,158,200,207,231,262,279,308,335,337,357,479,492	مهارت‌های اجتماعی پایین <sup>۱۰</sup> (۱۴ آیت‌م)
79,115,129,131,132,157,171,230,342,348,432,439,443,472,510,514,528,532,547,558	متفرقه <sup>۱۱</sup> (۲۰ آیت‌م)
16,89,225,278,338,373,394,396,525,530,553	وقایع منفی زندگی <sup>۱۲</sup> (۱۱ آیت‌م)
33,44,53,117,118,143,159,173,181,194,249,253,459	نشانه‌های جسمانی <sup>۱۳</sup> (۱۳ آیت‌م)
12,121,166,222,268,287,470	نگرش‌های جنسی <sup>۱۴</sup> (۷ آیت‌م)
113,124,151,315,358,386	بی‌اعتمادی / بدگمانی <sup>۱۵</sup> (۶ آیت‌م)
375,378,391,398,488,495,499,534,544	مقاومت نسبت به درمان <sup>۱۶</sup> (۹ آیت‌م)
15,19,54,136,174,211,402,409,428,440,457,460,503,517,531,535,541,559,560,561,566	آیت‌م‌های مربوط به عملکرد <sup>۱۷</sup> (۲۱ آیت‌م)

1. Anxiousness/ Compulsive Fears
2. Dreams/Daydreams
3. Family Problem
4. Gambling
5. Impulsivity
6. Interests
7. Irritability
8. Low Mood
9. Low Self Esteem
10. Low Social Skills
11. Miscellaneous
12. Negative Life Events
13. Physical Symptooms
14. Sexual Attitudes
15. Suspicion / Mistrust
16. Treatment Resistance
17. Work Functioning

اگر مقیاس‌های بالینی RC محور این نسخه جدید را شکل می‌دهد، و اگر یکی از مهم‌ترین تفاوت‌ها با نسخه پیشین، جدایی آیتم‌هایی است که به دمورالیزیشن مربوط می‌شوند و مقیاس جدیدی را تشکیل می‌دهد، اما نقدها نیز همانطور که در قسمت مربوط به معرفی مقیاس‌های RC ذکر شد، بیشتر متوجه همین مقیاس‌های جدید است. نقدهایی که هم متوجه نقصان چهارچوب نظری، به ویژه برای تفسیر، و هم متوجه نیازهای بافت بالینی است [۶۸] چه که، هدف اصلی ارزیابی‌ها در بافت بالینی (مخصوصاً با توجه به آسیب شدید شخصیتی)، فراهم کردن فرضیاتی در رابطه با مکانیسم‌های ایجاد کننده و نگه دارنده ی مشکلات و اختلالات کنونی و ارائه ی ریختاری منظم برای نشانه‌ها، سندرم و ویژگی‌های بهنجار و نابهنجاری که با یکدیگر دیده می‌شود، است. هم چنین از بعد سلامت، سنجش انگیزه‌ها، امیال، ترس‌ها و ارزش‌های بیمار، از اهمیت برخوردار است. علاوه بر این، در سنجش شخصیت، باید منابع روان شناختی بیمار برای انطباق با نیازهای درونی و بیرونی اش، و همین‌طور تجاربتش در رابطه با خود، دیگران و ارتباطات (صمیمی اش)، مورد توجه قرار گیرد (برای نمونه نگاه کنید به [۶۹]). چنین گستره‌هایی از عملکرد، به شکل مناسبی، در MMPI-2-RF مورد توجه قرار نگرفته است. البته باید اذعان نمود که با وجود این، MMPI-2-RF، اساساً بر گستره رفتارهای نابهنجار تمرکز دارد، در حالیکه گستره ی سلامت، توانمندی و عملکرد بهنجار، برای سنجش در بافت بالینی، در مقایسه با گستره نابهنجار، از اهمیت مشابهی برخوردار است [۷۰].

علاوه بر نگرانی‌هایی که در رابطه با مقیاس‌های RC و FBS بیشتر بدان اشاره شد، MMPI-2-RF ضعف‌های دیگری هم دارد. یکی از این نقصان‌ها به اعتبار و پایایی مقیاس‌ها، قبل از اینکه مبنای تصمیم‌گیری در مورد افراد باشند، باز می‌گردد. اکثر مقیاس‌های MMPI-2-RF جدید هستند و در رابطه با آنها، مطالعات روان‌سنجی محدودی توسط محققین مستقل انجام شده است. همان‌گونه که تلگان و بن-پورات (2008) هم اعتراف کرده‌اند، تعدادی

از میان مقیاس‌های برونی‌سازی، مشکلات سلوک نوجوانان و سوء مصرف مواد، جنبه‌هایی از رفتار ضد اجتماعی (RC4) را مورد سنجش قرار می‌دهند، در حالی که پرخاشگری و کنش‌وری، نشانگر جنبه‌هایی از کنش‌وری هایپومانیک (RC9)، می‌باشند. با این حال، همه‌ی مقیاس‌های SP، به اندازه‌ی کافی پایایی دارند که به تنهایی به منظور سنجش هر کدام از مشکلات خاص، به کار برده شوند. علاوه بر این، دو مقیاس علائق MMPI-2-RF، مولفه‌های محوری و متمایزی را که از مقیاس ۵ بالینی MMPI-2 (مردانگی/ زنانگی) مشتق شده‌اند، مورد سنجش قرار می‌دهند [۴۵ و ۴۶].

### خرده پنجم: چالش‌های استقرار MMPI-2-RF: نقادی و نتیجه‌گیری

هنگامی که در آگوست سال ۲۰۰۸، انتشارات دانشگاه مینه‌سوتا، نسخه‌ی جدیدی از MMPI-2، به نام MMPI-2-RF [۵۲] منتشر کرد، مشاهده شد که منطق انتشار نسخه جدید، استقبال مثبت از مقیاس‌های RC [۱۳] ذکر شده و جدای از تغییر برخی آیتم‌ها، تعداد مواد از ۵۶۷ به ۳۳۸ ماده تقلیل یافته بود (برای آگاهی از مواد حذف شده که ۲۲۹ مورد است ر.ک. جدول ۳). در کنار این تغییرات، نگاهی فشرده به MMPI-2-RF، نشان می‌دهد که اکثر آیتم‌های مربوط به سازگاری شغلی در MMPI، حذف شده و ممکن است عملکرد روزمره فرد به درستی مورد توجه قرار نگیرد. همین‌طور تعدادی از آیتم‌ها که مربوط به مقاومت نسبت به درمان و نگرش نسبت به درمان روان‌شناختی است، حذف شده و در نتیجه یک متخصص بالینی نمی‌تواند اطلاعاتی در زمینه توانمندی‌های مراجع و مشکلات بالقوه در طرح درمانی به دست آورد. همین‌طور روان‌شناسان متمرکز بر بافت خانواده باید هم به حذف ۱۵ آیتم مشکلات خانوادگی و هم به حذف یک سوم آیتم‌های مربوط به مقیاس پریشانی زوجین<sup>۱</sup>، از نسخه‌ی MMPI-2-RF توجه کنند [۲۳].

1. Marital Distress Scale

ایجاد تغییرات زیاد در یک ابزار استاندارد مثل MMPI که بیش از ۷۰ سال حمایت پژوهشی را پشت سر خود دارد، خطرپذیری بالایی است، به ویژه زمانی که این تغییرات مبتنی بر روش‌شناسی متفاوتی شکل گرفته باشد [۲۷].

یکی از نقادانها به فقدان نمرات تفکیک شده T، در مورد زنان و مردان، در MMPI-2-RF، باز می‌گردد. البته ممکن است برخی این نوع نقادی را بیشتر وابسته به سنت حاکم بر MMPI و یا وابسته به عادت علمی مرسوم، که پیشتر در این باره وجود داشته است، بدانند. به یاد داریم که هته وی و مک کینلی (۱۹۳۹)، ۵۰۴ گزاره اولیه این مقیاس را بر روی ۲۲۶ مرد و ۳۱۵ زن بیمار موجود در بیمارستان دانشگاه مینه‌سوتا و ۷۲۴ نمونه مرکب (زن و مرد) از افراد بهنجار (دبیرستانی‌ها، کارکنان و بیماران پزشکی) اجرا کردند و توانستند پاسخ‌های آنها را با یکدیگر مورد مقایسه قرار دهند و نرم‌یابی جداگانه‌ای را برای مردان و زنان سامان دهند [۱ و ۲].

در MMPI-2 نیز با هدف دستیابی به یک گروه هنجاریابی وسیع که به طور گسترده‌ای معرف جمعیت ایالات متحده باشند، شیوه‌های خاصی به کار گرفته شد. بعد از انتخاب آزمودنی‌ها از روی دفترچه تلفن و ارسال نامه برای آنها، آزمودنی‌ها به صورت گروهی در مکان‌هایی نزدیک زندگی‌شان مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند. تمام آزمودنی‌ها علاوه بر نسخه Ax، یک فرم اطلاعات فردی و یک فرم رویدادهای زندگی را تکمیل می‌کردند. در مجموع حدود ۲۹۰۰ نفر مورد آزمون قرار گرفتند. بعد از کنار گذاشتن بعضی از آزمودنی‌ها، نمونه نهایی متشکل از ۲۶۰۰ آزمودنی از جمعیت عمومی (۱۱۳۸ مرد و ۱۴۶۲ زن) بود که نرم‌یابی جداگانه‌ای برای مردان و زنان نیز شکل گرفت [۱۰].

اما نرم‌های مقیاس‌های RC از طریق هنجاریابی مجدد نمونه MMPI-2 به دست آمده و در MMPI-2-RF حدود ۳۲۴ زن از نمونه هنجاری MMPI-2 به طور تصادفی حذف شده‌اند و برخلاف اقدامات هته وی و مک کینلی (۱۹۴۰ و ۱۹۴۲) که نرم‌یابی جداگانه‌ای را برای زنان و

از مقیاس‌های MMPI-2-RF، ضرایب پایایی خیلی کمی دارند، شاید به این دلیل که طول کوتاهی دارند (به عنوان مثال ۴ تا ۶ آیت‌م). به عنوان مثال، ضریب پایایی مقیاس درماندگی<sup>۱</sup> یا HLP (۵ آیت‌م) برای مردان نمونه‌ی هنجاری، ۰/۳۹ و برای زنان، ۰/۵۰ بود؛ مقیاس ترس‌های بازدارنده‌ی رفتار<sup>۲</sup> یا BRF (۹ آیت‌م)، برای مردان، ضریب پایایی ۰/۴۴ و برای زنان ضریب پایایی ۰/۴۹ دارد؛ و مقیاس اندیشه‌ی مرگ / خودکشی<sup>۳</sup> یا SUI (۵ آیت‌م)، برای مردان و زنان به ترتیب ضرایب ۰/۴۱ و ۰/۳۴ دارد [۵۲].

از طرف دیگر همانطور که جئی سینگر<sup>۴</sup> و کارلسون<sup>۵</sup> [۷۱] اشاره کرده‌اند، منتشرکنندگان نسخه‌ی جدید به شواهدی نیاز داشتند که نشان دهد نمرات مقیاس‌های RC، با نمرات فرم‌های مختلف آن، هم‌ارز و معادل است. همان‌گونه که در نقد این مقیاس‌ها در بخش بالا اشاره شد، یکی از مشکلات مقیاس‌های RC، معادل نبودن آنها با مقیاس‌های بالینی MMPI-2 بود. بدین خاطر نگرانی بسیاری از محققین، این بوده که در واقع این مقیاس‌ها چه چیزی را می‌سنجند و اینکه آیا حیطه‌های مشابهی از آسیب‌شناسی را چون MMPI-2 پوشش می‌دهند یا خیر؟ جدای از مقیاس‌های RC، در بین دیگر مقیاس‌های RF MMPI-2، ۷ مقیاس، مربوط به مقیاس‌های تجدید نظر شده اعتباری<sup>۶</sup> MMPI-2 (مثل TRIN-r, F-r, Fp-r, FBS-r, VRIN-r, K-r, L-r و ۵ مقیاس، مقیاس‌های تجدید نظر شده‌ای از مقیاس‌های PSY-5 هستند) مثل (AGGR-r, PSYC-r, DISC-r, NEGE-r, INTR-r). بدین ترتیب، تقریباً بخش مهمی از مقیاس‌های MMPI-2-RF برای اولین بار ساخته شده است. بنابراین، برای تستی مثل MMPI-2-RF که بسیار تغییر کرده، فراهم کردن شواهدی مبنی بر معادل بودن آن با فرم‌های دیگر، چالش‌انگیز است [۱۸]. همان‌گونه که رانسون و همکاران (۲۰۰۹) اذعان کرده‌اند،

1. Helplessness
2. Behavior Restricting Fears
3. Suicidal/Death Ideation
4. Geisinger, K. F.
5. Carlson, J.F.
6. Validity Scales

امر انجام شود. علاوه بر این، وجود هنجارهای تلفیق شده ی جنسیتی در همه‌ی مقیاس‌های MMPI-2-RF، به کاربران این فرصت را نمی‌دهد تا تعیین کنند که آیا مشاهدات هته وی و مک کینلی در رابطه با متفاوت بودن پاسخ‌های زنان و مردان در مقیاس‌های MMPI، در MMPI-2-RF نیز یک مساله به حساب می‌آید یا نه؟ [۱۸].

### خرده ششم: سخن پایانی

نسخه ی تجدید نظر شده ی پرسشنامه چند بعدی شخصیت مینه سوتا [۵۱ و ۵۲]، متشکل از ۳۳۸ آیتم از ۵۶۷ آیتم MMPI-2 می‌باشد. هدف از طراحی MMPI-2-RF، گسترش کاری بود که در ابتدا با طراحی مقیاس‌های بالینی بازسازی شده [۱۳]، شروع شده بود. بدین صورت که مجموعه‌ای از مقیاس‌هایی طراحی شود که علاوه بر اینکه به طور دقیق از محتوای بالینی آیتم‌های MMPI-2 برخوردار باشند، در مقایسه با آن، ویژگی‌های روان‌سنجی بالاتری مثل کاهش همبستگی درونی مقیاس‌ها یا افزایش اعتبار همگرا و افتراقی، داشته باشند. اما اینکه علاوه بر کاهش مواد نسخه جدید، که زمان کوتاهی را برای اجرا می‌طلبد، با توجه به طرح نقادانه‌ی رایج شده، آیا می‌توان از توان مندی‌های برتری نسبت به نسخه اول و دوم MMPI سخن گفت، و آیا نسخه جدید می‌تواند از دل پژوهش‌های بین فرهنگی و بین‌المللی سربلند برون آید، باید از داوری شتاب زده پرهیز کرد. چه که یافته‌های ناشی از تلاش‌های بالینی و نتایج به دست آمده از پژوهش‌های مستمر به مان‌شان خواهند داد که آیا می‌توان از استقرار، بازسازی - استقرار، استقرار - بازسازی و یا در محاق رفتن MMPI-2-RF به نفع نسخه دوم یا حتی سوم، سخن گفت. پس نشسته بر زورق گذشته، با نگرانی امیدوارکننده‌ای، در دریای نو پدیدها ی فزاینده، به سوی آینده پارو می‌زنیم.

### منابع

۱- آناستازی. ا (۱۳۶۴). روان آزمایی. ترجمه ی محمدنقی براهنی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران

مردان نمونه هنجاری MMPI در نظر گرفتند و پژوهشگران دیگر نیز در مورد MMPI-2 [۱۰ و ۷۲] همین تمایز را دنبال کردند، در نرم یابی MMPI-2-RF هیچ تفکیک جنسی دیده نمی‌شود. اگرچه حدود چند سال است که این نرم‌ها در تحقیقات و بعضی از بافت‌های بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرند [۷۳].

البته هته وی و مک کینلی (۱۹۴۰) در این مورد بر این گزارش متکی بودند که زنان بهنجار نسبت به مردان بهنجار مواد بیشتری را تایید می‌کنند. به عنوان مثال آنها در رابطه با مقیاس افسردگی توضیح داده‌اند که: "بیشترین تفاوت پایدار بین دو جنس در این مقیاس دیده می‌شود. در حال حاضر، نویسندگان تمایل ندارند که این تفاوت‌ها را تفسیر کنند اما این تفاوت‌ها ممکن است ناشی از برخی از سوگیری‌های کلی باشد که الزاما مختص مقیاس افسردگی نیستند" [۷۴].

نمرات T فاقد تفکیک جنسیتی، نگرانی‌هایی را در رابطه با به کارگیری هنجارهای جنسی در زمینه ی غربال کارکنان، منعکس می‌سازد [۵۱ و ۷۵]. با وجودی که این هنجارهای فاقد تفکیک جنسیتی، به مدت چند سال است که در دسترس تحقیقات و کارهای بالینی قرار گرفته است، اما به غیر از کاربرد محدود در زمینه انتخاب کارکنان، کاربرد گسترده‌ای در زمینه حرفه‌ای نداشته است. علاوه بر این، روان‌شناسان هنگام استفاده از محصولات مرکز سنجش پیرسون، تمایل دارند برای جلوگیری از تعارضات احتمالی در رابطه با تفسیر تست‌ها، نتایج آنها را به بیمارانشان گزارش نکنند [۱۸].

تلفیق هنجارهای دو جنس توسط مولفان MMPI-2-RF، ممکن است منجر به استانداردهای متفاوتی شود که در سنجش و پیش‌بینی ویژگی‌های زنان و مردان به‌کاربرده می‌شود. البته کاربران MMPI-2-RF برای هنجارهای مبتنی بر جنسیت، به پیوست راهنمای فنی آزمون ارجاع داده شده اند، هر چند، تنها نمرات T گزارش شده است و نمرات خام در آنجا وجود ندارد. بنابر این لازم است که مطالعات بیشتری در رابطه با این

- 13- Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., McNulty, J.L., Arbisi, P., Graham, J.R., & Kaemmer, B. (2003). "MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales: Development, validation and interpretation". Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- 14- Robert, S., Brown, J. r. (2009). "Introduction to the MMPI2RF (Restructured Form) ". Copyright Forensicpsychiatry.com
- 15- Sellbom, M. (2012). "The MMPI-2-RF is Ready for the Daubert Challenge: Evidence, Implications, and Recommendations for Use in Court Testimony". *Journal of Psychological Practice* 17, 151-179.
- 16- Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. (2000). "Using the MMPI-2 in outpatient mental health settings". Minneapolis: University of Minnesota Press.
- 17- Arbisi, P. A., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. (2003). "Refinement of the MMPI-2 F (p) scale is not necessary: A response to Gass and Luis". *Assessment* 10, 123-28.
- 18- Butcher, J. N. and Williams, C. L. (2009). "Personality Assessment with the MMPI-2: Historical Roots, International Adaptations, and Current Challenges". *Applied Psychology: Health And Well-Being* 1 (1), 105-135.
- 19- Binford, A., & Liljequist, L. (2008). "Behavioral correlates of selected MMPI-2 clinical, content, and restructured clinical scales". *Journal of Personality Assessment* 90, 608-614.
- 20- Cumella, E., Kally, Z., Butcher, J.N. (2009). "MMPI-2 Restructured Clinical Scales with eating disorder patients". Paper presented at Soc. Personal. Assess. Chicago.
- 21- Megargee, E.I. (2006). "Use of the MMPI-2 in criminal justice and correctional settings". Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- 22- Cumella, E. J., Wall, A. D., & Kerr-Almeida, N. (2000). "MMPI-2 in the inpatient assessment of women with eating disorders". *Journal of Personality Assessment* 75, 387-403.
- 23- Butcher, J. N. (2004). "A Beginner's Guide to the MMPI-2". Hardcover. ISBN-13: 978-1591471462.
- ۲- گراث-مارنات گری (۱۳۸۷). راهنمای سنجش روانی. ترجمه ی حسن پاشاشریفی، محمدرضانیکنجو. تهران: انتشارات سخن
- 3- Butcher, J.N., Graham, J.R., Williams, C.L., & Ben-Porath, Y.S. (1990). "Development and use of the MMPI-2 Content Scales". Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- 4- Butcher, J. N., Williams, C. L. (2009). "Personality Assessment with the MMPI-2: Historical Roots, International Adaptations, and Current Challenges". *APPLIED PSYCHOLOGY: HEALTH AND WELL-BEING* 1 (1), 105-135.
- 5- Graham, J. R. (1990). "MMPI-2: Assessing personality and psychopathology". New York: Oxford University Press.
- 6- Piotrowski, C., Belter, R.W., Keller, J.W. (1998). "The impact of "managed care" on the practice of psychological testing: preliminary findings". *J. Personal. Assess* 70, 441-47.
- 7- Lubin, B., Larsen, R. M., & Matarazzo, J. D. (1984). "Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1982". *American Psychologist* 39, 451-454.
- 8- Butcher, J.N. (1972). "Objective Personality Assessment: Changing Perspectives". New York: Academic.
- 9- Ben-Porath, Y. S., & Butcher, J. N. (1989). "The comparability of MMPI and MMPI-2 scales and profiles. *Psychological Assessment*". *A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1, 345-347.
- 10- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., Kaemmer, B. (1989). "Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for Administration and Scoring". Minneapolis: Univ. Minn. Press.
- 11- Tellegen, A. (1985). "Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report". In *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 12- Watson, D., and Tellegen, A. (1985). "Toward a consensual structure of mood". *Psychological Bulletin* 98, 219-235.

- 34-Butcher, J.N., Hamilton, C.K., Rouse, S.V., Cumella, E.J. (2006)." The deconstruction of the Hy scale of MMPI-2: failure of RC3 in measuring somatic symptom expression". *J. Personal. Assess* 87,199–205.
- 35-Cumella, E., Kally, Z., Butcher, J.N.( 2009). "MMPI-2 Restructured Clinical Scales with eating disorder patients". Paper presented at Soc. Personal. Assess., Chicago.
- 36-Gucker, D.K., Kreuch, T., Butcher, J.N. (2009). "Insensitivity of the MMPI-2 Restructured Clinical Scales in personnel Assessment". Paper presented at Soc. Personal. Assess., Chicago.
- 37-Megargee, E.I.( 2006). "Using the MMPI-2 in Criminal Justice and Correctional Settings". Minneapolis: Univ. Minn. Press.
- 38-Rogers, R., Sewell, K.W. (2006). "MMPI-2 at the crossroads: aging technology or radical retrofitting?" *J. Personal. Assess* 87,175–78.
- 39-Wallace, A., Liljequist, L. (2005)." A comparison of the correlational structures and elevation patterns of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) and Clinical Scales". *Assessment* 12, 290–94.
- 40-Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S.( 2008)." MMPI-2-RF Technical Manual". Minneapolis: Univ. Minn. Press.
- 41-Krueger, R. F., & Markon, E. (2006). "Reinterpreting comorbidity: A model-based Approach to Understanding and Classifying Psychopathology". *Annual Review of Clinical Psychology* 2, 111-133.
- 42-Vollebergh, W. A., Iedema, J., Bijl, R. V., deGraff, R., Smit, F. & Ormel, J. (2001). "The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study". *Archives of General Psychiatry* 58, 597-603.
- 43-Graham, J. R. (2006). *MMPI2: Assessing Personality and Psychopathology* (4<sup>th</sup> edition). New York: Oxford University Press.
- 44-Harkness, A., McNulty, J., & Ben-Porath, Y.S. (1995)." The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales". *Psychological Assessment* 7, 104–114.
- 45-Harkness, A.R., & McNulty, J.L. (2007). "Restructured versions of the MMPI-2 Personality Psychopathology Five (PSY-5) scales". Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco, CA.
- 24- Butcher, J. N. (2010). "Personality Assessment from the Nineteenth to the Early Twenty-First Century: Past Achievements and Contemporary Challenges". *The Annual Review of Clinical Psychology* 6,1–20.
- 25- Rogers, R., & Sewell, K.W. (2006). "MMPI-2 at the crossroads: Aging technology or radical retrofitting?". *Journal of Personality Assessment* 87, 175–178.
- 26- Rogers, R., Sewell, K.W., Harrison, K.S., & Jordan, M.J. (2006)." The MMPI-2 Restructured Clinical scales: A paradigmatic shift in scale development". *Journal of Personality Assessment* 87, 139–147.
- 27- Ranson, M., Nichols, D.S., Rouse, S.V., & Harrington, J. (2009). "Changing or replacing an established personality assessment standard: Issues, goals, and problems, with special reference to recent developments in the MMPI-2". In J.N. Butcher (Ed.), *Oxford handbook of personality and clinical assessment*. New York: Oxford University Press.
- 28- Simms, L.J., Casillas, A., Clark, L.A., Watson, D., & Doebbeling, B.N. (2005). "Psychometric evaluation of the Restructured Clinical scales of MMPI-2". *Psychological Assessment* 17, 345–358.
- 29-Gordon, R.M. (2006). "False assumptions about psychopathology, hysteria and the MMPI-2 restructured clinical scales". *Psychological Reports* 98, 870–872.
- 30-Nichols, D.S. (2006). "The trials of separating bath water from baby: A review and critique of the MMPI-2 Restructured Clinical scales". *Journal of Personality Assessment* 87, 121–138.
- 31-Caldwell, A.B. (2006). "Maximal measurement or meaningful measurement: The interpretive challenges of the MMPI-2 restructured clinical (RC) scales". *Journal of Personality Assessment* 87, 193–201.
- 32-Greene, R.L., Rouse, S.V., Butcher, J.N., Nichols, D., Williams, C.L. (2009). "The MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales and redundancy: response to Tellegen, Ben-Porath, and Sellbom". *J. Personal. Assess* 91,1–5.
- 33-Rouse, S.V., Greene, R.L., Butcher, J.N., Nichols, D.S., & Williams, C.L. (2008). "What do the MMPI-2 Restructured Clinical scales reliably measure?". *Journal of Personality Assessment* 90, 435–442.

- 56-Wygant, D. B., Ben-Porath, Y. S., & Arbisi, P. A. (2004). "Development and initial validation of a scale to detect infrequent somatic complaints". Poster presented at the 39th Annual Symposium on Recent Developments of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.
- 57-Butcher, J.N., Arbisi, P.A., Atlis, M.M., & McNulty, J.L. (2003). "The construct validity of the Lees-Haley Fake Bad Scale: Does this scale measure somatic malingering and feigned emotional distress?". *Archives of Clinical Neuropsychology* 18, 473-485.
- 58-Butcher, J.N., Gass, C.S., Cumella, E., Kally, Z., & Williams, C.L. (2008). "Potential for bias in MMPI-2 assessments using the Fake Bad Scale (FBS). *Psychological Injury and the Law*. Advanced online publication. Retrieved 14 July 2008. doi:10.1007/s12207-007-9002-z.
- 59-Davidson v. Strawberry Petroleum et al., Case #05-4320 (Hillsborough County, Florida, 2007).
- 60-Stith v. State Farm Mutual Insurance, Case No. 50-2003 CA 010945AG (Palm Beach County, Florida, 2008).
- 61-Vandergracht v. Progressive Express et al., Case #02-04552 (Hillsborough County, Florida, 2007).
- 62-Greiffenstein, M.F., Fox, D., & Lees-Haley, P.R. (2007). "The MMPI-2 Fake Bad Scale in detection of noncredible brain injury claims. In K. Boone (Ed.), *Detection of noncredible cognitive performance* (pp. 210-235). New York: Guilford Press.
- 63-Lees-Haley, P.R., English, L.T., & Glenn, W.J. (1991). "A Fake Bad Scale on the MMPI-2 for personal injury claimants". *Psychological Reports* 68, 203-210.
- 64-Larrabee, G.J. (1998). "Somatic malingering on the MMPI and MMPI-2 in personal injury litigants". *The Clinical Neuropsychologist* 12, 179-188.
- 65-Dean, A.C., Boone, K.R., Kim, M.S., Curiel, A.R., Martin, D.J., Victor, T.L. et al. (2008). "Examination of the impact of ethnicity on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) Fake Bad Scale". *The Clinical Neuropsychologist* 1, 1-7.
- 46-Harkness, A.R., McNulty, J.L., Ben-Porath, Y.S., & Graham, J.R. (2002). "MMPI2 Personality Psychopathology Five (PSY5) Scales: Gaining an overview for case conceptualization and treatment planning". Minneapolis: University of Minnesota Press.
- 47-Bagby, R. M., Ryder, A. G., Ben-Dat, D., Parker, J. D. A., & Bacchioni, J. R. (2002). "Validation of the dimensional factor structure of the Personality Psychopathology Five in clinical and non-clinical sample". *Journal of Personality Disorders* 16, 304-316.
- 48-Bagby, R. M., Sellbom, M., Costa, P. T., & Widiger, T. A. (2008). "Predicting DSM-IV Personality Disorders with the Five Factor Model of Personality and the Personality Psychopathology Five". *Personality and Mental Health* 2, 55-69.
- 49-Watson, D., Clark, L.A., & Chmielewski, M. (2008). "Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure". *Journal of Personality* 76, 1545-1585.
- 50-Tackett, J.L., Silberschmidt, A.L., Krueger, R.F., Sponheim, S.R. (2008). "A dimensional model of personality disorder: Incorporating DSM Cluster A characteristics". *Journal of Abnormal Psychology* 117, 454-459.
- 51-Ben-Porath, Y.S., & Tellegen, A. (2008). "MMPI-2-RF User's Guide for Reports. Minneapolis", MN: University of Minnesota Press.
- 52-Tellegen, A., & Ben-Porath, Y.S. (2008). "MMPI-2-RF Technical manual". Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- 53-Gass, C., & Luis, C. (2001). "MMPI-2 Scale F(p) and symptom feigning: Scale Refinement". *Assessment* 8, 425-429.
- 54-Sellbom, M., Toomey, J. A., Wygant, D. B., Kucharski, L. T., Duncan, S. (2010). "Utility of the MMPI-2-RF (Restructured Form) Validity Scales in Detecting Malingering in a Criminal Forensic Setting: A Known-Groups Design". *Psychological Assessment* 22( 1), 22-31.
- 55-Rogers, R., Bagby, R. M., & Dickens, S. E. (1992). "Structured interview of reported symptoms: Professional manual". Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- 71-Geisinger, K.F., & Carlson, J.F. (2002). "Standards and standardization". In J.N. Butcher (Ed.), Oxford handbook of personality and clinical assessment. New York: Oxford University Press.
- 72-Butcher, J.N., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, Y.S., Dahlstrom, W.G., Kaemmer, B. (2001). "Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for Administration and Scoring". Minneapolis: Univ. Minn. Press. Rev. ed.
- 73-Nichols, D.S., Greene, R., Williams, C.L. (2009). "Gender bias in the MMPI-2 Fake Bad Scale (FBS) and FBS-r in MMPI-2-RF". Paper presented at Soc. Personal. Assess., Chicago.
- 74-Hathaway, S.R., McKinley, J.C. (1940)." A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. J. Psychol 10, 249-54.
- 75-Ben-Porath, Y.S., & Forbey, J.D. (2003). "Non-gendered norms for the MMPI-2". Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- 66-Ben-Porath, Y.S., & Tellegen, A. (2007). "MMPI-2 Fake Bad Scale (FBS)". Retrieved 3 September 2007, from [http://www.upress.umn.edu/tests/mmpi2\\_fbs.html](http://www.upress.umn.edu/tests/mmpi2_fbs.html)
- 67-Ben-Porath, Y.S., & Tellegen, A. (2007). "MMPI-2 Fake Bad Scale (FBS)". Retrieved 3 September 2007, from <http://www.pearsonassessments.com/resources/fbs.html>
- 68-Van der Heijden, P.T., Rossi, G.M.P., Van der Veld, W.M., Derksen, J. J. L. & Egger, J.I.M (2013). "Personality and psychopathology: Higher order relations between the Five Factor Model of personality and the MMPI-2 Restructured Form". Journal of Research in Personality 47, 572-579.
- 69-Westen, D., & Gabbard, G.O. (2006). "Back to the future: Personality Structure as a Context for Psychopathology". In R.F. Krueger & J.L. Tackett (eds.), Personality and Psychopathology. New York: The Guilford Press.
- 70-Van der Heijden, P.T.(2014)." Integrative Assessment of Personality and Psychopathology: A validation study with the MMPI-2-RF. Radboud University Nijmegen". <http://hdl.handle.net/2066/101024>.