

مقایسه نیم رخ روانی افراد متماثر با افراد عادی در مراجعان به پزشکی قانونی استان گیلان

دکتر مرتضی رهبر طارمسری (MD)^۱ - آریا مهدوی برمچی (MSc)^۲ - دکتر صادق تقی‌لو (PhD)^۳ - دکتر میرسعید عطارچی (MD)^۴ - دکتر علیرضا
بادسار (MD)^۱ - دکتر حمید محمدی کجیدی (MD)^۱

*نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: aria2591@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۲/۲۱ تاریخ ارسال: ۹۶/۰۳/۱۱ تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۵/۱۱

چکیده:

مقدمه: مساله تمارض یکی از مهم‌ترین مسایل مورد بررسی در روانپزشکی قانونی است. گمان می‌رود سبب آن، تفاوت ویژگی‌های شخصیتی با نیم‌رخ‌های روان‌شناختی افراد باشد.

هدف: مقایسه ابعاد شخصیت بر پایه رویکرد صفات شخصیت روان‌رنجوری، برون‌گرایی گشودگی، پذیرش، وظیفه‌شناسی و نیم‌رخ روانی در افراد متماثر و غیرمتماثر.
مواد و روش‌ها: در این مطالعه تحلیلی، بررسی مقایسه‌ای بر دو جامعه آماری انجام شد. گروه اول دربرگیرنده ۳۰ نفر از مراجعان متماثر و گروه دوم ۳۰ نفر از مراجعان غیرمتماثر به پزشکی قانونی بودند که پس از هم‌تاسازی با گروه اول، انتخاب شدند. همه افراد به پرسشنامه پنج‌عاملی شخصیت و پرسشنامه شخصیتی مینه‌سوتا (MMPI-2) پاسخ دادند و داده‌ها به روش تحلیل واریانس چند متغیری با نرم افزار SPSS بررسی شد.

نتایج: افراد متماثر نسبت به افراد عادی روان‌رنجوری بیشتر و برون‌گرایی کمتر داشتند. بین نرمش‌پذیری، پذیرش و وظیفه‌شناسی افراد متماثر و افراد عادی تفاوت معنی‌دار دیده نشد، افراد متماثر اسکیزوفرنی، پارانویا، خودبیمارانگاری و افسردگی بیشتر و انحراف روانی-اجتماعی کمتری نسبت به افراد عادی داشتند؛ بین هیومانی، هیستری و ضعف روانی افراد متماثر و افراد عادی تفاوت معنی‌دار دیده نشد. ($p \geq 0.05$).

نتیجه‌گیری: تمارض یکی از اختلال‌های اساسی شخصیت به شمار می‌آید و افراد متماثر نیازمند ارزیابی اساسی در زمینه‌های مختلف هستند.

کلید واژه‌ها: ویژگی‌های شخصیت/نیم‌رخ روانی/افراد متماثر/غیر متماثر

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و شش، شماره ۱۰۳، صفحات: ۵۲-۴۶

مقدمه

در مسائل پزشکی قانونی بی‌گمان باید گمانه تمارض درمیان گذاشته شود زیرا بسیاری از انگیزه‌های بالا در مراجعان به این حوزه وجود دارد. اهمیت شناخت متماثران در پزشکی قانونی افزون بر از میان رفتن حقوق افراد و اشخاص (اعم از حقیقی یا حقوقی)، از دیدگاه حیثیت نیز برای پزشکان قانونی اهمیت دارد (۵). نکته قابل توجه و بااهمیت در مصاحبه بالینی و آزمون‌های روان‌شناختی در تشخیص اختلال روانپزشکی، دسترسی نداشتن به ابزارهای تشخیصی مورد استفاده در دیگر رشته‌های تخصصی (برای مثال مطالعات رادیولوژی و...) است (۶). هر کدام از این روش‌های تشخیصی برتری‌ها و نارسایی‌هایی دارند و هیچ یک را نمی‌توان بهترین سنجه دانست؛ با وجود این که مصاحبه‌های ساختاریافته برای

تمارض به معنی پیروی اغواگرایانه و خودخواسته نشانه‌های بیماری یا بزرگنمایی علائم، با انگیزه فریب دیگران برای رسیدن به هدفی ویژه است (۱ و ۲). افراد متماثر بیشتر به دنبال انگیزه مادی یا فرار از پاسخ دهی قانونی هستند و برای گفتگوی بالینی همکاری لازم را ندارند و از اقدام درمانی خودداری می‌کنند (۳ و ۴). تمارض جستاری چشمگیر در پزشکی به ویژه در زندان‌ها، سربازخانه‌ها و برخی اداره‌ها و سازمان‌های دولتی و خصوصی است. میزان بالای مراجعه افراد متماثر ممکن است سبب شود که بیماران واقعی نیز ندانسته در ردیف متماثران قرار گرفته و پیشامد ناگواری برای ایشان پیش آید و پزشک مربوطه محکوم به پرداخت دیه شود که شرایط یاد شده در بروز چنین اتفاقی موثر بوده است.

۱. متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت‌ها، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی گیلان، رشت، ایران

۳. متخصص روانشناسی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستارا گیلان، رشت، ایران

۴. متخصص طب کار، استاد دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

یکی از تمارضها در پزشکی قانونی خودزنی است که از ضایعات غیرمرگبار مانند آسیب‌های سطحی با تیغ گرفته تا ضایعات ژرف و کشنده با انگیزه خودکشی دیده می‌شود (۱۶-۱۴).

یکی دیگر از موارد تمارض، کاهش شنوایی است. تشخیص تمارض با تخمین آستانه‌های شنوایی راستین است و هرگونه کاهش شنوایی دروغین نایافته می‌تواند بهره غیرمشروط و غیرقانونی مرتبط با نقص شنوایی را نصیب فرد متمارض کند (۱۵).

نکته مهم در تمارض این است که معمولاً وقتی نیاز بیشتری به علایم نباشد، نفعی از آنها بدست نیاید و یا خطر جدی‌تر شده و زندگی یا عضوی از بدن آنها دستخوش تهدید قرار گیرد، ایجاد علایم نیز باز می‌ایستد (۱۶).

گفتنی است که هدف از پیرنگ نیم‌رخ روانی یک شخص، شناساندن کلی صفات شخصیتی و ویژگی‌ها نسبت به یک رشته هنجارهای خاص برای کل جمعیت است که به صورت نمایش نموداری یا شکل نیم‌رخ استعاره‌ای کل به معنی بازنگری مشخصات یا صفات شخص به طور کوتاه انجام می‌شود (۱۷). چنین پنداشته می‌شود که علت وجود یا نبود تمارض در افراد مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی استان گیلان تفاوت در ویژگی‌های شخصیتی یا نیم‌رخ‌های روان‌شناختی افراد باشد، بنابراین، این پژوهش با هدف مقایسه ابعاد شخصیت براساس رویکرد صفات شخصیت روان‌رنجوری، برون‌گرایی گشودگی، پذیرش و وظیفه‌شناسی و نیم‌رخ روانی در افراد متمارض و غیرمتمارض انجام شده است.

مواد و روش‌ها

در پژوهش ما که به شیوه تحلیلی-مقایسه‌ای انجام شده است، دو گروه بررسی شدند. گروه اول شامل ۳۰ نفر از افراد متمارض مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی استان گیلان و گروه دوم شامل ۳۰ نفر از افراد غیرمتمارضی بودند که هدفمند و برپایه جنس، سن و وضعیت اقتصادی با گروه اول هم‌تاسازی شدند. پس از ارائه اطلاعات کافی و یادگرفتنی به افراد شرکت‌کننده، پرسشنامه در اختیارشان قرار گرفت. پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه‌سوتا (MMPI-2) با دامنه

تشخیص اختلال‌های روانی با بررسی طبقه بندی شده آن روایی بالایی دارند ولی در مقایسه با سایر روش‌های گوناگون شباهتی به یکدیگر نداشته‌اند.

اختلال شخصیت مفهومی در پیوند با روابط اجتماعی و وابسته به فرهنگ و هنجار است (۷) این اختلال‌ها الگوی دیرپایی از رفتارها و تجارب درونی هستند که ردپای آن به دوران نوجوانی و سرآغاز بزرگسالی باز می‌گردد و به طور مشخص با کجروی از انتظارات و الگوهای اجتماعی افراد آشکار می‌شود. گردآور ویژه‌ای از صفات شخصیتی در صورتی به عنوان اختلال و نابهنجاری در نظر گرفته می‌شود که پایدار، نرمش‌ناپذیر و فراگیر در طیف گسترده‌ای از موقعیت‌های فردی و اجتماعی بوده و سبب پریشانی (ناراحتی یاده) و کمبود چشمگیری در کارکرد فردی و بین‌فردی شوند (۸). برپایه ماده ۵۱ قانون مجازات اسلامی در حدود مسئولیت جزایی، جنون در حال ارتکاب جرم عامل رفع مسئولیت کیفری دانسته شده است از این رو بسیاری از بزهکاران تلاش می‌کنند با استفاده از این ماده قانونی و پیروی نشانه‌های اختلال روانی، خود را از بند پادافره برهانند. مهم‌ترین مساله در مورد متمارضین این است که همیشه انگیزه‌ای خارجی برای ایجاد خودخواسته و آگاهانه نشانه‌های جسمی و روانی دروغین وجود دارد (۹-۱۱). بیشتر نشانه‌ها دوپهلوی بوده و در صورتی که در گفتگو نشانه‌های یک اختلال روانی را نیز به درستی شرح دهند، همواره بازگو می‌کنند که نشانه‌ها همیشه نبوده و گاهی برطرف می‌شوند (۱۲). برخی نشانه‌های رفتاری تمارض بر این پایه‌اند: ۱- معمولاً فرد در ابتدای مصاحبه آشفته و در پایان راحت‌تر است؛ ۲- در ورود به نشست مصاحبه، شیوه نشستن، نحوه آرایش و لباس پوشیدن و رفتارهایی شگفت آور و نابهنجار دارد؛ ۳- هنگامی که فرد مورد توجه دیگران است رفتار بارزتر است و هنگامی که در کانون توجه دیگران نیست، رفتاری بهنچار دارد؛ ۴- معمولاً انگیزه‌ای مشخص و غیرپسیکوتیک در زمان بروز رفتار جنایی وجود داشته است؛ ۵- معمولاً فرد هنگام مصاحبه خود را خشمگین نشان می‌دهد و شکل تاختن به خود می‌گیرد (۱۳).

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی صفات شخصیت (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، نرمش‌پذیری، پذیرش و وظیفه‌شناسی) در افراد متماضر و افراد عادی نشان داده شده است. (میانگین و انحراف معیار)

چون برپایه آزمون لون برای بررسی انگاره یکسانی واریانس صفات شخصیت و همچنین نیمرخ روانی، $p \geq 0/05$ است، تفاوت واریانس‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود و فرض تساوی واریانس‌ها برقرار است؛ لذا برای بررسی معنی‌داری تفاوت‌های دیده شده، نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری گزارش شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی صفات شخصیت (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، نرمش‌پذیری، پذیرش و وظیفه‌شناسی) افراد متماضر و افراد عادی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
روان‌رنجوری	عادی	۹۴/۴۷	۱۲/۷۵
	متماضر	۱۰۴/۱۷	۱۴/۰۲
برون‌گرایی	عادی	۱۰۱/۰۳	۱۳/۱۴
	متماضر	۸۹/۸۰	۱۶/۱۶
نرمش‌پذیری	عادی	۹۶/۵۷	۱۶/۳۶
	متماضر	۹۰/۸۰	۱۶/۸۴
پذیرش	عادی	۹۹/۷۳	۱۵/۱۷
	متماضر	۹۵/۹۷	۱۲/۸۳
وظیفه‌شناسی	عادی	۱۰۲/۳	۱۴/۲۳
	متماضر	۱۰۴/۵۳	۱۵/۵۸

سویی بین نرمش‌پذیری، پذیرش و وظیفه‌شناسی افراد متماضر و افراد عادی تفاوت معنی‌دار نشده ($p \geq 0/05$).

جدول ۲. نتایج آزمون مقایسه صفات شخصیت (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، نرمش‌پذیری، پذیرش و وظیفه‌شناسی) افراد متماضر و افراد عادی.

منابع تغییرات	مجموع مجذورات Ss	درجه آزادی dF	میانگین مجذورات MS	F	سطح معنی‌داری
روان‌رنجوری	۱۴۱۱/۳۵	۱	۱۴۱۱/۳۵	۷/۸۶	۰/۰۱
خطا	۱۰۴۲۱/۶۳	۵۸	۱۷۹/۶۸		
برون‌گرایی	۱۸۹۲/۸۲	۱	۱۸۹۲/۸۲	۸/۷۳	۰/۰۱
خطا	۱۲۵۸۱/۷۷	۵۸	۲۱۶/۹۳		
نرمش‌پذیری	۴۹۸/۸۲	۱	۴۹۸/۸۲	۱/۸۱	۰/۱۸
خطا	۱۵۹۸۴/۱۷	۵۸	۲۷۵/۵۹		
پذیرش	۲۱۲/۸۲	۱	۲۱۲/۸۲	۱/۰۹	۰/۳۰
خطا	۱۱۳۷۴/۸۳	۵۸	۱۹۶/۱۲		
وظیفه‌شناسی	۷۴/۸۲	۱	۷۴/۸۲	۰/۳۴	۰/۵۶
خطا	۱۲۹۰۹/۷۷	۵۸	۲۲۲/۵۸		

گسترده‌ای از ویژگی‌های خود - توصیفی و نمره گذاری برای ارائه یک شاخص کمی از سازگاری هیجانی فرد و نگرش وی نسبت به شرکت در آزمون افزون بر کاربرد سودمند بالینی، بیشتر به عنوان ابزار اندازه‌گیری در مطالعات تحقیقی به کار رفته است.

برای تحلیل داده‌های پژوهش افزون بر استفاده از تحلیل‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد و داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS واکاوی شد.

پژوهشگران پایبند به نگهداری نهان داده‌های گردآوری شده از بیماران شدند.

نتایج

در این پژوهش ۳۰ نفر متماضر و ۳۰ نفر غیرمتماضر مورد مطالعه قرار گرفتند.

چون مقادیر آزمون کلموگرف-اسمیرنوف برای متغیرهای شخصیتی بجز وظیفه‌شناسی و نیز برای متغیرهای مربوط به نیمرخ روانی از نظر آماری معنی‌دار نبود؛ توزیع داده‌ها نرمال بوده و از آزمون‌های پارامتریک در آزمون فرض‌ها استفاده شد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که افراد متماضر روان‌رنجوری بیشتر و برون‌گرایی کمتری نسبت به افراد عادی دارند ($p < 0/01$)؛ از

پارانویا، خودبیمارانگاری و افسردگی بیشتر و انحراف

با توجه به داده‌های جدول ۳ افراد متماضر اسکیزوفرنی،

روانی_اجتماعی کمتری نسبت به افراد عادی دارند؛ همچنین،

بین هیپومانیا، هیستری و ضعف روانی افراد متمررض و افراد

جدول ۳. نتایج آزمون مقایسه نیم رخ روانی (خود بیمارپنداری، افسردگی، هیستری، انحراف روانی-اجتماعی، پارانویا، ضعف روانی، اسکیزوفرنی، هیپومانیا) افراد متمررض و افراد عادی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات Ss	درجه آزادی dF	میانگین مجذورات MS	F	سطح معنی داری
اسکیزوفرنیا	۷۹/۳۵	۱	۷۹/۳۵	۱۵/۵۹	۰/۰۱
خطا	۲۹۵/۲۳	۵۸	۵/۰۹		
هیپومانیا	۴/۸۲	۱	۴/۸۲	۱/۰۹	۰/۳۰
خطا	۲۵۷/۳۷	۵۸	۴/۴۴		
هیستری	۲۴/۰۷	۱	۲۴/۰۷	۲/۲۲	۰/۱۴
خطا	۶۲۸/۶۷	۵۸	۱۰/۸۴		
انحراف روانی _ اجتماعی	۳۵/۲۷	۱	۳۵/۲۷	۵/۰۹	۰/۰۳
خطا	۴۰۱/۶۷	۵۸	۶/۹۳		
پارانویا	۲۶/۶۷	۱	۲۶/۶۷	۸/۱۶	۰/۰۱
خطا	۱۸۹/۶۷	۵۸	۳/۲۷		
ضعف روانی	۳/۷۵	۱	۳/۷۵	۰/۷۴	۰/۳۹
خطا	۲۹۳/۲۳	۵۸	۵/۰۶		
خودبیمارانگاری	۳۳/۷۵	۱	۳۳/۷۵	۳/۹۴	۰/۰۵
خطا	۴۹۶/۴۳	۵۸	۸/۵۶		
افسردگی	۲۲۸/۱۵	۱	۲۲۸/۱۵	۱۳/۴۹	۰/۰۱
خطا	۹۸۱/۱۰	۵۸	۱۶/۹۲		

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه‌ای توسط اعظمی و همکاران در سال ۱۳۸۵ با هدف بررسی ویژگی‌های شخصیتی افراد مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی شهر کرد به علت خودزنی، گروه خودزن در مقیاس خود بیمارانگاری ($p=0/032$)، هیستری ($p=0/030$) و پارانویا ($p=0/007$) با گروه صدمه دیده در اثر تصادف تفاوت معنی دار داشتند ولی با گروه نزاع کننده تفاوت معنی دار مشاهده نشد (۱۸).

سهرابی و همکاران در بررسی نیم رخ آسیب شناسی روانی درخواست کنندگان جراحی پلاستیک به این نتیجه رسیدند که آنان در مقیاس‌های مربوط به الگوهای بالینی شخصیت نسبت به جمعیت نرمال نمره‌های بالاتری دارند؛ همچنین، از شاخص‌های نشانگان بالینی نیز در مقیاس‌های پریشانی، شبه جسمی، وابستگی به الكل، اختلال تفکر و افسردگی اساسی نمرات آنان بالاتر بود (در سطح $p<0/05$) (۱۹).

شیخ آزادی و همکاران در مطالعه‌ای شیوع علایم روانی تقلید شده در متمررضین فرستاده شده به مرکز روانپزشکی قانونی

تفاوت روان رنجوری افراد متمررض و افراد عادی با مقدار $F=7/86$ و تفاوت برون گرایی آنها با مقدار $F=8/73$ از نظر آماری معنی دار بود ($p<0/01$). افراد متمررض روان رنجوری بیشتر و برون گرایی کمتر نسبت به افراد عادی داشتند؛ بین نرمش پذیری، پذیرش و وظیفه شناسی افراد متمررض و افراد عادی تفاوت معنی دار دیده نشد ($p\geq0/05$).

مقایسه نیم رخ روانی افراد متمررض و افراد عادی نشان داد که افراد متمررض اسکیزوفرنی، پارانویا، خودبیمارانگاری و افسردگی بیشتر و انحراف روانی-اجتماعی کمتری نسبت به افراد عادی دارند؛ از سویی بین هیپومانیا، هیستری و ضعف روانی افراد متمررض و افراد عادی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. در اینجا به برخی از مطالعات انجام شده بر ویژگی‌های شخصیتی افراد متمررض که با نشانه‌های متفاوت مراجعه کردند اشاره می شود.

در تبیین نتیجه مطالعه حاضر می‌توان گفت که رفتار افراد متمارض بیشتر وانمودگر و نمایشگرانه است. آنها نسبت به نیازها و احساسات بی‌توجه هستند و برحسب این که چقدر می‌توان از دیگران استفاده کرد، به آنها دلبسته می‌شوند گرچه در برخورد‌های نخست برداشت خوبی در دیگران ایجاد می‌کنند و دوست داشتنی هستند ولی در روابطشان کم‌عمق و سطحی هستند. این امر ممکن است تا حدی مربوط به رانده شدن از سوی افرادی باشد که با آنها بدرفتاری کرده‌اند اما به نظر می‌رسد که بازتاب ناتوانی خودشان برای برقرار کردن دلبستگی‌های صمیمانه نیز باشد. رفتارهای ضداجتماعی و زیرپا گذاشتن قوانین جامعه از سوی افراد با شخصیت متمارض تاثیر منفی بر کیفیت زندگی فرد و بهداشت روانی او دارد.

افراد عادی با ویژگی شخصیتی با ثبات، سازگاری بیشتری در زندگی داشته و در برخورد با دشواری‌ها و تصمیم‌گیری مقاوم‌ترند. این افراد در مقایسه با افراد متمارض در جریان شناسایی مساله و طرح‌ریزی راه حل‌های احتمالی و پیامدهای آن و برنامه‌ریزی برای اجرای بهترین راه حل با ثبات‌ترند. نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه از نظر نرمش‌پذیری، پذیرش و وظیفه‌شناسی تفاوتی وجود ندارد به‌طور چکیده، شخصیت افراد و استنتاج آنان در مورد رفتار و انگیزه‌ها، باور و جهت‌گیری‌های اجتماعی آنان - عوامل تعیین کننده مهمی در موقعیت‌ها به شمار می‌رود. افراد با نمره پایین در این صفات معمولاً از خود و ظاهر خود رضایت کافی ندارند و از افکار دیگران تاثیر زیادی می‌پذیرند و در تلاشند که خود را با دیگران هماهنگ کنند به طوری که این افراد وقتی بر ویژگی‌های شخصیتی خود متمرکز می‌شوند معمولاً نگاره ذهنی منفی از خود می‌سازند، سپس، برای بهبود این تصویر منفی تلاش در تغییر ویژگی‌های شخصیتی خود می‌نمایند. همچنین، همان‌گونه که تفاوت در میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهد افراد متمارض از سطح برونگرایی کمتری نسبت به افراد عادی دارند که می‌توان آن را به عواملی مختلفی مانند کمبود عزت نفس نسبت داد.

در پایان پیشنهاد می‌شود ارزیابی روانی افراد متمارض به شکل رایج درآید و به کمک روش‌های دیگری مانند گفتگو

تهران در سال ۱۳۸۹ را بررسی کردند. در این پژوهش علایم اختلال رفتاری (۶/۷۵٪)، خلق و عاطفه (۹/۶۵٪)، اختلال شناختی (۱/۵۶٪)، اختلال تفکر (۳/۴۶٪)، اختلال ادراک (۱/۳۴٪) و اختلال محتوای فکر (۵/۱۹٪) به ترتیب شیوع، دیده می‌شد. تنها علایم اختلال تفکر با سطح تحصیلات مراجعان به طور معنی‌دار افزایش نشان داد ($p=0/00$). در بررسی سایر علایم تفاوت معنی‌داری در گروه‌های مختلف دیده نشد (۲۰).

در مطالعه راجرز و همکاران در مورد مقایسه موارد تمارض قضایی و غیرقضایی، علایم بیماران در سه بخش عمده اختلال ذهنی، اختلال شناخت و نشانگان بالینی بررسی و دیده شد افراد در موارد قضایی بیشتر مدعی وجود اختلال ذهنی هستند و تمارض در اختلال شناختی کمتر از تمارض به بیماری‌های بالینی دیده می‌شود (۲۱).

در پژوهش دیگری نشان داده شد، بیشترین نشانه کمک‌کننده به تشخیص تمارض، ناهمخوانی وضعیت بیمار با شدت اختلال شناختی (۸/۶۴٪) است. همچنین، این مطالعه نشان داد علایم افسردگی در ۱۶/۰۸٪ و نیز اختلال اضطرابی منتشر در ۱۳/۵۷٪، اختلال تجزیه‌ای در ۱۰/۵۱٪ و اختلال تشنجی در ۸/۲۸٪ افراد تقلید می‌شود (۲۲).

مطالعه کوهن و همکاران بر نیم‌رخ روانی بیماران بستری در دو بیمارستان انجام شد. در بررسی میزان نرمش‌پذیری، ۶۰٪ افراد نمره‌های بالاتری کسب کردند و ۱۲٪ آنها پیش از آن که از آنها پرسشی شود گفتند که کنار کشیدن خود از جایگاه و گوشه‌گیری مهم‌ترین عامل رویارویی و کنار آمدن با دشواری‌ها است. این بررسی نشان داد که تاثیر مثبت رویارویی با بیماری‌های بسیار جدی همبستگی مثبت داشته ($p=0/04$ و $r=0/19$) و همراه اعمال شناختی بهتر است ($p=0/02$ و $r=0/22$) (۲۳).

در مطالعه‌ای که با هدف بررسی علایم در بیماران با شخصیت روان‌پریش و تظاهرات تمارض به بیماری‌های روانی، علایم افسردگی، مانیا، پارانوئیا و اسکیزوفرنی انجام شد، برپایه نمرات پرسشنامه ارزیابی شخصیت، تفاوت معنی‌داری در امتیاز مراجعانی که تمارض کرده‌بودند با نمره سایر مراجعین دیده شد (۲۴).

سیاسداری و سپاسگزاری

بدینوسیله از همکاری سازمان پزشکی قانونی استان گیلان صمیمانه سپاسداری می‌شود. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

در کنار پرسشنامه، برای گردآوری و تکمیل داده‌ها و افزایش اعتبار آنها در جهت آگاهی بیشتر از علایم روان‌شناختی اقدام شود.

همچنین، به نظر می‌رسد برگزاری کارگاه‌های آموزشی روان‌شناختی برای آزمودنی‌های پژوهش برای تسهیل و افزایش ریزینی مطالعه کمک کننده باشد.

منابع

1. Miller H, Cartlidge N. Simulation and Malingering in Relation to Injuries of the Brain and Spinal Cord. In: Brock S, Feiring E.H, Abler C. Brock's Injuries of the brain and spinal cord and their coverings. 5th Edition. New York: Springer Pub. Co; 1974: 638-667
2. Rosen GM. Posttraumatic stress disorder, pulp fiction, and the press. Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law 1996; 24(2):267-269
3. Edwards C. Behavior and the law reconsidered: psychological syndromes and profiles. Journal of Forensic Science 1998; 43(1):141-150
4. Pathé M, Mullen PE, Purcell R. Stalking. False claims of victimization. Stalking: False claims of victimization. 1999 Feb; 174:170-172
5. Amooi M. Malingering in Medicine, Pezeshki Emrooz J, 2008 Aug
6. Othmer E, Othmer S.C. The Clinical Interview Using DSM-IV. 2nd Edition. Washington : American Psychiatric Press; 1994
7. Millon T, Grossman S, Millon C, Meagher S, Ramnath RA. Personality disorders in modern life. 2nd Edition. Hoboken: Wiley; 2004
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR. 4th Edition. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2000
9. Saberi SM, Mohammadi MR. Negareshi no be ravanpezeszki ghanooni. 1st ed. Tehran. Nashr Tabib: 2005 [Persian]
10. Hojjati-ashrafi GHR. Ghanoon mojazat eslami. Hodod, gesas, tazirat, diat. 8th ed. Tehran. Ketabkhane Ganj Danesh: 2006 [Persian]
11. Sellbom M, Ben-Porath YS, Graham JR, Arbisi PA, Bagby RM. Susceptibility of the MMPI-2 clinical, restructured clinical (RC), and content scales to overreporting and underreporting. Assessment. 2005 Mar; 12(1): 79-85
12. Hall HV, Poirier JG. Detecting malingering and deception: Forensic distortion analysis. 2nd Edition. Boca Raton: CRC Press; 2000; page 3-5
13. Cornel DG, Hawk GL. Clinical presentation of malingered diagnosed by experienced forensic psychologist. Law and human behavior 1989; 13(4): 375-383
14. Ghasempoori S Kh, Naimiyan S M, Ranjbar A. Survey on Non-Conflict-Related Lesion Patterns (Self Injury) at Sari Legal Medicine Center in 2007. Scientific Journal of Forensic Medicine 2011; 17(2): 109-114 [Persian]
15. Sadock B.J, Kaplan H.I, Sadock V.A. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: behavioral science/clinical psychiatry. 10th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007
16. Saukko P, Knight B. Knight's Forensic Pathology. 4th Edition. Boca Raton: CRC Press; 2016
17. Oraki M, Hosseini N. A Comparison between self-direction, novelty and other personality traits with improving and regressing mood and mental health of drug dependents. Social Cognition 2012; 1(1): 23-33
18. Azami M, Hadi M, Atashpour S.H, Molavi H. Study of personality characteristics of self mutilator referred to Legal Medicine Center of Shahrekord. Scientific Journal of Forensic Medicine 2007; 12(4): 187-191.
19. Sohrabi F. Assessment of psychopathological profile in applicants for cosmetic surgery. Journal of Fundamentals of Mental Health 2011; 13(51): 260-269.
20. Sheikh Azadi A, Saberi S.M, Ghorbani M, Karimi MR, Meysamie AP, Marashi SM. A study of prevalence of faked psychotic symptoms in malingers referred to Tehran Center of Forensic psychiatry in 1389. Razi Journal of Medical Sciences 2012; 19(100): 62-70.
21. Rogers R, Salekin RT, Sewell KW. A comparison of forensic and non-forensic malingers: A prototypical analysis of explanatory models. Law and human behavior 1998; 22 : 353-367.
22. Mittenberg W, Patton C, Canyock EM, Condit DC. Base rate of malingering and symptom exaggeration. Journal of cliical and experimental neuropsychology 2002; 24(8): 1094-1102.
23. Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. Journal of Palliative Medicine 1995; 9(3):207-219.
24. Poythress NG, Edens JF, Watkins MM. The Relationship between Psychopathic Personality Features and Malingering Symptoms of Major Mental Illness. Law and Human Behavior 2001; 25(6): 567-581.

Comparison Between the Psychic Profile of Malingerers and Normal Clients to Guilan Province General Office of Forensic Medicine

Rahbar Taramsari M(MD)¹- *Mahdavi Baramchi A(MSc)²- Taghilou S(PhD)³ –Attarchi M S(MD)⁴- Badsar A R(MD)¹ - Mohammadi Kojidi H(MD)¹

*Corresponding Address: MSc in Clinical Psychology, Science and Research Branch of Islamic Azad University
Rasht Guilan, Iran

Email: aria2591@yahoo.com

Received: 21/Mar/2017 Revised: 11/Jun/2017 Accepted: 11/Aug/2017

Abstract

Introduction: Malingering is one of the most important and highly studied issues in the forensic psychiatry. It seems to be due to differences in personality traits and psychic profile of individuals.

Objective: The aim of this study is to compare personality dimensions on the basis of personality traits approach, including neuroticism, extraversion, acceptance, responsibility and psychic profile, in malingerers and normal people.

Materials and Methods: In this analytic study, two statistical groups were surveyed. The first group consisted of 30 malingering clients to Guilan Province General Office of forensic Medicine. The second group included 30 nonmalingerers referred to this center selected purposefully, matched with the first group. They all filled five factor personality questionnaire and Minnesota personality questionnaire (MMPI-2). Data were analyzed by Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) using SPSS.

Results: Malingerers suffered from more neuroticism and less extraversion, compared to normal people. Also, there was no significant difference between the two groups regarding flexibility, acceptance and responsibility. Malingerers suffered from more schizophrenia, paranoia, hypochondriasis and depression and less social-psychological pervert than normal people. There was no significant difference in hypomania, hysteria and psychic weakness between malingerers and normal groups ($p \geq 0.05$).

Conclusion: Malingering is one of the fundamental personality disorders and malingerers should be evaluated in different fields.

Conflict of interest: non declared

Keywords: Personality Traits\ Psychic Profile\ Malingerers\ non-Malingerers

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 103, Pages: 46-52

Please cite this article as: Rahbar Taramsari M, Mahdavi Baramchi A, Taghilou S, Attarchi M S, Badsar A R, Mohammadi Kojidi H. The Comparison Between the Psychic Profile of Malingerers and Normal Clients to Gilan Province General Office of Legal Medicine. J of Guilan Univ of Med Sci 2017; 26(103):46-52. [Text in Persian]

1. Department of Forensic Medicine and poisoning, Guilan University of medical Sciences, Rasht Guilan, Iran

2. MSc in Clinical Psychology, Science and Research Branch of Islamic Azad University Rasht Guilan, Iran

3. Department of Psychology, Islamic Azad University, Astara Branch, Guilan, Iran

4. Professor of Occupational Medicine, Department of Occupational Medicine, Guilan University of medical Sciences, Rasht Guilan, Iran