

# **Forfalskning, faglig uredelighet og svindel, i sakkyndige rapporter.**



**Av psykologistudent Rune Fardal, Bergen**

## **Et eksempel på Misbruk av MMPI-tester.**

**Minnesota Multi Personality Inventory,  
test til bruk for psykopatologi og personlighetstesting**

I et foruroligende tempo avsløres det stadig oftere at sakkyndige rapporter ikke har faglig dekning for sine “konklusjoner”! I slike rapporter benyttes ofte ulike psykologiske tester. Når en test ikke underbygger det svar psykologen på **forhånd** har bestemt seg for, blir resultatet forvridd , utelatt og bortforklart. I dette eksempelet blir resultatet tolket stikk motsatt av hva faglitteraturen angir. En slik triksing med datagrunnlaget er direkte forkastelig ut i fra et faglig, vitenskapelig synspunkt og selvfølgelig ikke akseptabelt av de som kaller seg fagfolk

Sakkyndige psykologer hentes inn til domstolene for å gi en objektiv, faglig vurdering og ikke som i dette tilfellet, psykologens private, subjektive mening. Den er det ingen i slike omsorgsaker som er interesert i. Dessverre skjer tragedier som dette fordi det ikke finnes noen virkningsfulle kontrollenheter for hva en del psykologer får seg til å skrive. I mangel av slike kontrollmuligheter offentliggjøres med dette psykolog Eli Hallaråker sin “vurdering” I en barnefordelingsak. Hun titulerer seg for øvrig”Spesialist i klinisk psykologi”



**Psykolog Eli Hallaråker**

Spesialist I Klinisk Psykologi

## **Abstrakt**

En MOR med klare psykiske problemer fikk forhøyet verdier på skala 1, 2 og 3 på en MMPI-test. FAR som ikke hadde noen psykiske problemer fikk forhøyet verdi på skala 5 og på K-skalaen.

Denne gjennomgangen av MMPI-testen viser hvordan psykolog Eli Hallaråker, Bergen bevisst tilbakeholdt negativ informasjon om MOR I en barnefordelingsak og bevisst tilbakeholder positiv informasjon om en FAR. Dette kan vanskelig tolkes som annet enn at hun søker underbygge en forutinntatt holdning om at MOR **skal** ha barna, helt løsrevet fra hva som er til **barnas beste**. Hennes besvarelse på rettens mandat, var mors beste og ikke barnets beste.

Dette er et typisk eksempel på **faglig uredelighet og svindel** og en bevisst forledelse av domstolene. Øvrig dokumentasjon i saken underbygger at MOR hadde en narsissistisk adferd, løgner, manipulasjoner depresjon og en borderline-personlighetsstruktur med tydelig vertikal splitting. Eks. på sistnevnte er f.eks. at hun til psykolog uttaler at hun "Hater løgn og juks" samtidig som hennes egne dokumenter meget klart viser at hun lyver om stort sett alle påstander hun kommer med i saken etter at eksmannen tok ut skilsmisse. MOR's logiske brister ved feks. både å lyve om at **FAR arbeidet for mye** (MOR tok seg av barna) og at **FAR ikke ville arbeide** (Mor måtte forsørge familien) er bare et av en rekke eksempler på MOR's avvikende adferd i denne saken. MORs klare projeksjon av egen negativ adferd, omfattende bruk av projektiv identifikasjon, splitting og øvrige narsissistisk relaterte forsvars-mekanismer underbygger MORs psykiske problemer som følge av en traumatisert barndom med en alkoholisert far og en mor som ikke vare der og evnet å skjerme MOR i hennes barndom. I dag bor hennes gamle mor store deler av tiden hos MOR for å lage mat, stelle huset og ta seg av barna, noe MOR selv ikke evner, slik hun heller ikke evnet I samlivet med FAR. Et godt bevis på hennes parasittsike, utnyttende, narsissistiske livsstil.

6 Sentrale fagbøker på området vedrørende MMPI er gjennomgått og referert til, I tillegg til Fardals øvrige litteratur. Denne gjennomgangen viser med all tydelighet hvordan ukyndige og faglig svake psykologer som dette, fremfører **egne subjektive** meninger fremfor en faglig vitenskapelig forankret vurdering, slik det er forventet når en psykolog oppnevnes av domstolene. Barnet ble I denne saken flyttet fra sin far etter å ha bodd med han i 7-8 år. Det var kun på bakgrunn av denne psykologens uttalelser at barnet ble flyttet, mot barnets vilje.

## Innhold

|                      |   |
|----------------------|---|
| Abstrakt.....        | 2 |
| Innhold .....        | 3 |
| Noen saksfakta:..... | 5 |
| Diskusjon .....      | 5 |
| MOR .....            | 6 |

|   |    |
|---|----|
| FAR.....  | 9  |
| KONKLUSJON.....   | 13 |
| Litteraturliste.....  | 13 |
| Graham, J.R. (2006) MMPI-2 Assesing Personality and Psychopathology.....      | 14 |
| Skala 1 Hypokondriasis – Hypokondre trekk.....                                | 14 |
| Skala 2 Depresjon.....  | 15 |
| Skala 3 Hysteria.....   | 17 |
| Skala 5 maskulinitet – feminitet.....   | 19 |
| Havik, E. Odd (1993) klinisk bruk av MMPI-2.....                              | 19 |
| K-Skalaen.....  | 20 |
| Skala 1. Hs, Hypochondriasis.....   | 21 |
| Skala 2 Depresjon (D).....  | 22 |
| Skala 3 Hysteria (Hy).....  | 22 |
| Skala 5 (MF) Maskulinitet-Feminitet.....                                      | 23 |
| Skalakonfigurasjoner - Topunktskoder.....                                     | 23 |
| 1-2/2-1.....  | 23 |
| 1-3/3-1.....  | 23 |
| 2-3/3-2.....  | 24 |
| Hataway, S.R. & al. (1989) MMPI-2, Manual for administrering og tolking.....  | 24 |
| K-skalaen.....  | 25 |
| Skala 1 Hs (Hypokondri).....  | 25 |
| Skala 2 D (Depresjon).....  | 25 |
| Skala 3, (Hy) Hysteri.....  | 26 |
| Skala 5 Mf (masulinitet – Femininitet).....                                   | 26 |
| Havik, E. Odd (2003) MMPI-2 Kartlegging av psykopatologi og personlighet..... | 27 |
| K-Skalaen.....  | 27 |
| Skala 1 Hs, Hypokondriasis.....   | 28 |
| Skala 2, D depresjon.....   | 28 |
| Skala 3, Hy Hysteria.....   | 29 |
| Skala 5, Mf maskulinitet – Femininitet.....                                   | 29 |
| To og trepunktskoder.....   | 30 |
| 1-2/2-1.....  | 30 |
| 1-3/3-1.....  | 30 |
| 2-3/3-2.....  | 30 |
| Greene, R.L. (2000) The MMPI-2, An interpretive manual.....                   | 31 |
| K-skalaen.....  | 31 |
| Scale 1, Hypochondriasis, (Hs).....   | 32 |
| Scale 2, depression, (D).....   | 32 |
| Skale 3. Hysteria, (Hy).....  | 33 |
| Neurotic triad configurations.....  | 34 |
| Scale 1,2,3.....  | 34 |
| Scale 5, Masculinity – Femininity, (Mf).....                                  | 34 |
| Codetypes.....  | 35 |
| 1-2/2-1.....  | 35 |
| 1-3/3-1.....  | 35 |
| 2-3/3-2.....  | 36 |

|   |    |
|---|----|
| Nichols, D.S. (2001) Essentials of MMPI-2 Assessment..... | 37 |
| K-Scale.....  | 37 |
| Scale 1 : Hypochondriasis.....                            | 37 |
| Scale 2 : Depression.....                                 | 38 |
| Scale 3 : Hysteria .....                                  | 39 |
| Scale 5 : Masculinity – Femininity .....                  | 39 |
| 1-2/2-1.....  | 40 |
| 1-2-3.....  | 40 |
| 2-3/3-2.....  | 40 |

## Noen saksfakta:

Far: Forhøyet verdi på skala 5 samt K skala  
Ingen psykiatrisk historikk

Mor: Forhøyet verdi på skala 1,2 og 3.  
Kjent psykiatrisk historikk i mange år.

Saken gjeldt hva som var det beste oppvekststed for barna etter at far tok ut skilsmisse som følge av mors psykiske adferd. En adferd som i litteratur er beskrevet som **introvert narsissistisk personlighets-forstyrrelse**.

Mor klarte ikke å arbeide og var trygdet som følge av psykiske problemer.

Far krevde psykologisk vurdering av mor.

Far var normalt arbeidsfør og forsørget familien I samlivet.

Etter flyttingen av barna har FAR 5 ganger med ½ års mellomrom innkalt til familierådgivningskontoret. MOR har ikke møtt en eneste gang.....

## Diskusjon

### *Fra Helsepersonelloven:*

**§ 15. Krav til attester, legeerklæringer o.l.**

***”Den som utsteder attest, legeerklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, legeerklæring o.l. skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, legeerklæring o.l. ”***

Sakkyndige rapporter skrevet av psykologer ol, regnes inn under denne loven.

#### **§ 4.Forsvarlighet**

***”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samarbeid med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i hhv medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient. Departementet kan i forskrifter bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gies av personell med særskilte kvalifikasjoner.”***

***”Denne bestemmelsen regulerer krav om at helsepersonell skal opptre forsvarlig, og står helt sentralt i loven. Plikten gjelder ved alle deler av yrkesutøvelsen, ikke bare ved behandling av pasienter. Hovedhensynet bak kravet om forsvarlighet i helsevesenet er å beskytte pasienten og samfunnet mot handlinger og unnlater som innebærer ”unødvendige” skaderisiko eller likegyldighet evt. ignorerende adferd. Det er ikke nytt at helsepersonell har plikt til å vise respekt og omtanke for pasienten”***

Helsepersonelloven med kommentarer, A.K. Befring, B. Ohnstad 2001 s.36

#### **MOR**

Det som beskrives om de skalaer mor viser forhøyede verdier (T skåre >70) er gjennomgående negative trekk (se under) helt i tråd med en narsissistisk personlighetsstruktur. Det refereres til en personlighet med et svakt ego, en

svekket selv-struktur, en manipulerende person som snylter på de rundt seg, er kynisk og som søker å utnytte omgivelsene for egen vinnings skyld. Det tegnes et bilde av en empati-løs person som har store vansker med å se sine egne problemer. Adjektiver som narsissistiske, pesimistiske, kyniske, manglende innsikt, missfornøyde, lav moral, deprimerte, kontrollerende, problemer med å fatte beslutninger, de synes å ha interesse i andre bare ut i fra hvilken nytteverdi andre har for dem, egosentriske, selvopptatte, benytter fornektelse og dissosiasjon, mindreverdfølelse, manglende håp for fremtiden osv er faglitteraturens beskrivelser av MOR.

En slik personlighet mente den sakkyndige var best egnet som omsorgsperson. Alle disse beskrivelser var utelatt i den sakkyndige rapporten.

I rapporten skriver den sakkyndige følgende om MOR:

*” På de kliniske skalaene har hun forhøyet skåre ( $T > 70$ ) på skala 3,2 og 1. Dette er karakteristisk for kvinner som ofte klager på tretthet, manglende overskudd og depresjon. De er ofte ulykkelige I sine ekteskap, og man vil ofte finne en lang forhistorie med ekteskaps og familievansker. Dette er sammenfallende med beskrivelser gitt av tidligere behandlere og støtter mitt inntrykk av MOR I mine møter med henne. Konklusjonen er derfor at MMPI ikke gir noe nytt, men understøtter det øvrige inntrykk av MOR.”*

I **Havik (1993)** står det følgende på s.125:

*”Kvinner med 2-3/3-2 kode klager vanligvis over tretthet, manglende overskudd og depresjon. De er ofte ulykkelige i sine ekteskap. Hvis skala 5 (Mf) og/eller skala 9 (Ma) er lav ( $T$ -skåre  $< 45$ ) vil man ofte finne en lang forhistorie med ekteskaps- og familievansker.”*

Det er lite tvil om at det som jeg har understreket i den sakkyndiges rapport over, er hentet fra Havik (1993). Likeledes er premissene : *”Hvis skala 5 (Mf) og/eller skala 9 (Ma) er lav ( $T$ -skåre  $< 45$ )”* for *” en lang forhistorie med ekteskaps- og familievansker.”* bevist utelatt! Her er det helt tydelig at den sakkyndige tar ut deler av det faglitteraturen beskriver og dermed tar det ut av sin sammenheng. Det blir en lim og klipp teknikk som ikke har noe med faglig vitenskapelig arbeid å gjøre. Derimot passer en slik arbeidsform godt om man skal underbygge en forutinntatt holdning eller konklusjon.

Den sakkyndige kjenner dessuten Havik fra et tidligere samarbeide om en artikkel som gjelder kvinners problemer:

”Arefjord, Kjersti; Hallaråker, Eli; Havik, Odd Erik; Mæland, John Gunnar  
Life after a myocardial infarction - the wife's point of view.  
 Psychological Reports. 83: 1203-1216 1998. ISSN 0033-2941 ”

Det fremgår meget tydelig at den sakkyndige utelater premisser for sine ”konklusjoner”!

Årsaken til at kvinner med dette skåre-bildet er ulykkelige i sine ekteskap og/eller at de har familievansker sier disse fagbøkene svært lite om. Det nevnes et par steder at dette henger sammen med deres barndoms traumer og neglisjerende foreldre.

**Havik (1993)** s.76-78 skriver da også: ”Disse konflikter kan ofte føres tilbake til en opplevelse av avvísning eller manglende omsorg fra egne foreldre”.

Det står således ikke **noe** sted at ektemann eller partner automatisk er årsak til den høyt-skåredes problemer. De problemer som oppstår kan vel så gjerne ha sammenheng med MOR’s medbragte problemer fra sin egen barndoms traumer. Den sakkyndige vurderer ikke dette på noe tidspunkt i rapporten. I denne sak er det da også FAR som tar ut skilsmisse nettopp på grunn av MOR’s psykisk avvíkende adferd! Ingen steder blir dette vurdert. Dokumenter i form av brev fra MOR gjennom hele samlivet med FAR, viser at MOR idealiserer FAR og skriver da også ”Jeg er glad du gav meg det livet jeg alltid har drømt om”, ”Du er en god far” osv. Disse dokumenter fikk psykologen tilgang til, men de ble tatt ut av saken. De passet ikke inn i psykologens forutinntatte meninger.

Tvertimot gjengir den sakkyndige MOR’s lege sin påstand om at FAR er en psykopat! FAR har aldri sett MOR’s lege, og legen bygger sine påstander på MOR’s udokumenterte påstander! Den sakkyndige gjengir disse uten å sjekke om legen noen gang har sett FAR, eller hvilket grunnlag legen har for å komme med slike påstander. At dette er løgn fra MOR blir tydelig etter rettsaken da MOR sender brev til FAR der hun viser til den gode tiden de hadde sammen og lurer på om de ikke kan komme sammen igjen!

Ikke noe av dette problematiserer den sakkyndige. Faktisk nekter den sakkyndige å se de omfattende dokumenter FAR kan fremlegge på MOR's patologiske adferd. En adferd som dokumenterer MOR's narsissistiske trekk. I stedet for å vurdere begge parters dokumentasjon, blir den sakkyndige nærmest irritert på at FAR krever dokumentene intatt i vurderingen. Dokumentene blir da heller aldri fremlagt for retten men bevist holdt utenfor saken.

## **FAR**

I rapporten skriver den sakkyndige følgende om FAR:

*” En av validitetskalaene viser en forhøyet skåre ( $T > 70$ ), det er den såkalte K-skalaen, som kan indikere at hans påståtte tilpasning og gode fungering kan reflektere en benektende fasade, der benekting, fortrenkning og idyllisering er vanlige forsvarsmekanismer. Av de kliniske skalaene er det bare en som er forhøyet. Nemlig skala 5. Dette er den såkalte maskulinitet – feminitetskalaen som dreier seg om konflikter knyttet til maskulinitet og mannlig identitet. Det finnes lite forskningsmessig belegg for at en isolert heving av skala 5 kan tolkes i noen spesiell retning. Ut fra dette velger jeg i denne sammenheng ikke å legge særlig vekt på dette resultatet. Dermed blir den samlede konklusjonen på FAR's MMPI-profil at den gir lite informasjon ut over en tendens til opptatthet av fasade og benekting/idyllisering stemmer godt overens med det øvrige inntrykket”*

Her tolker den sakkyndige den forhøyede verdien på K-skalaen som om FAR er en psykiatrisk pasient. Dette til tross for at faglitteraturen er meget klar på at i en normalbefolkning, er det vert imot. Den sakkyndige utelater resultatet av skala 5, men nevner likevel K-skalaens beskrivelser som gjelder kliniske pasienter, noe FAR ikke var eller hadde vært! At K-skalaen bare er en korreksjonskala til de kliniske skalaer synes ikke psykologen å bry seg om. Ved å utelate den eneste kliniske skala 5, kan man selvfølgelig heller ikke beholde en korrigerskala for denne kliniske skala!

Men for en psykisk syk populasjon inneholder K-skalaen negative adjektiver som passer godt inn i psykologens ønske om å svarte FAR.

**Havik (2003)** skriver meget klart på side.64: ” *En moderat heving av K-skalaen er ikke nødvendig vis forbundet med defensivitet, men kan vise til en positiv og realistisk selvvurdering som bygger på god tilpasningsevne og resurser. I tråd med dette tyder undersøkelser på at K-skalaen ikke måler defensivitet i normalgrupper, men god tilpasning og mestring (Heilburn, 1961).*”

Dette står i meget sterk kontrast til hva den sakkyndige gjengir i rapporten. Den sakkyndige viser helt klart en iver etter å svarte FAR og ”glemmer” at hennes beskrivelse gjelder for en psykisk syk populasjon, og ikke for ”normalgrupper”.!

**Havik (2003)** skriver videre om høytskårende på skala 5:  
s.64 ”...tendens til å vurdere andre på en positiv måte”,  
s.66 : “Vanligvis er en moderta hevet K-skåre et tegn på personlige resurser”.

**Greene (2000)** skriver

s.95: ” *Several investigators (Heilburn, 1961, Smith, 1959, Sweetland & Quay, 1953) examined the appropriateness of the scale as a measure of defensiveness and reported that the K scale in normal population is a measure **not** of defensiveness but of personality integration and healthy adjustment, with high scores reflecting healthy adjustment*”.

”*In a normal population high scores on the K scale do not indicate defensiveness, in a maladjusted population, however, high K scores do suggest defensiveness*”

**Hataway (1989)** s.64-65 står det : ”*Korreksjonskalaen (K) er den mest komplekse av validitetskalaene. Det er imidlertid viktig å observere at personer som fungerer bra og er følelsesmessig stabile, ofte beskriver seg selv med samme ord. Det vil se at deres liv er akkurat så bra som de oppgir på denne skalaen*”.

Ut i fra faglitteraturen er det helt klart at den sakkyndige har gjort en bevist, fullstendig gal vurdering av sine funn. Faglitteraturen er helt klar på at for en normal FAR er en heving et tegn på meget god personlighetsfungering! Det

passet selvfølgelig dårlig inn i psykologens ønske om å sverte FAR og ble selvfølgelig utelatt. For barnas beste derimot er dette av meget stor betydning, for det viser at FAR var den best egnede for barna hva gjelder personlighetsstruktur!

Hennes ”konklusjoner” har ingen hold i faglitteraturen. Også om man tar høyde for sosioøkonomisk status, utdannelse og andre forhold som kan virke inn på skalaene. I motsetning til hva den sakkyndige ”konkuderer” med, fremviser FAR meget god fungering og han er slett ikke defensiv med liten evne til å se egne feil og mangler! Dette kunne i bestefall vært kalt manglende kunnskap fra den sakkyndiges side, hadde det ikke vært for at dette er en gjennomført holdning gjennom hele den sakkyndige rapporten. Dette er ikke annet enn ren svindel og en bevist **forledning av domstolene** til å fatte et resultat som passer med den sakkyndiges subjektive mening, og ikke hva som er til barnas beste, nemlig å vokse opp hos en forelder med en stabil og normal psyke.

Ser vi hva som sies om skala 5, Masulinitetskalaen/femininitetskalaen blir den sakkyndige ytterligere avslørt. Den sakkyndige skriver. ” *Det finnes lite forskningsmessig belegg for at en isolert heving av skala 5 kan tolkes I noen spesiell retning. Ut fra dette velger jeg I denne sammenheng ikke å legge særlig vekt på dette resultatet*”. Dette medfører ikke riktighet, det er en halvsannhet med modifikasjoner. Det er gjort omfattende forskning på denne skalaen, selv om det er gjort mer forskning på de andre skalaene. Havik (2003) viser til en rekke undersøkelser av skalaen noe som underbygges i øvrig faglitteratur. Ser vi på hvilke trekk som beskrives om FAR på skala 5 blir det tydelig hvorfor den sakkyndige ikke vil beskrive dette:

**Havik (1993) skriver:**

s.83 ”*Det er ofte personer som er sensitive for sitt indre liv og de sosiale omgivelser, kombinert med tolleranse for sosiale avik*”.

**Graham (2006) skriver:**

s.76-78 : ” *Flere studier viser at hevet skåre indikerer positiv fungering. Høytskårende menn fremviser manglende stereotypiske maskuline interesser. Høytskårende synes å ha estetiske og kunstneriske interesser. De vil sannsynligvis delta mer i husholdning og barnepass aktiviteter enn menn ellers.*”

**Hataway (1989) skriver:**

s.111 ”Høy skåre: Nysgjerrig og kreative, Tolerant mot andre Individualistisk, Intellektuelle interesser, Empatisk”

**Havik (2003) skriver:**

s.91 : ”De fleste undersøkleser peker i retning av at korrelatene til skala 5 (Mf), angår personlighetstrekk som er relativt uavhengige av psykopatologi.”

s.91: ” Det er ofte typisk for personer som er sensitive ovenfor sin indre verden og de sosiale omgivelser, kombinert med tolleranse for sosiale avvik”,

**Greene (2000) skriver :**

s.153 ”When only scale 5 is elevated without accompanying elevations on other clinical scales, clients are likely to be seen as not having a psychiatric disorder even in a psychiatric setting (King & Kelly, 1976b, Rosen 1974). High-scoring normal men are generally described in positive terms, curious, socially perceptive, peaceable, tolerant and psychologically complex”

**Nichols (2001) skriver :**

s.129 ”Scale 5 reflects a general dimmition of activity-passivity, with high scoring men and low scoring women tending toward behavioural controll and nonaggressiveness.”

s.131 ”At least for men, high scores may be characterized by a broader, civilized altruism, in wich tender and affectionate sentiments are more inclusive, extending well beyond the spouse or primary partner. The adjectives used to describe high scoring men are overwhelmingly positive. They are seen by others as mature and effective, self-controlled and inner-directed, insigtsful and self-aware and is feeling comfortable with themselves and their lives. Although they are imaginative, they are also well-organazed planners, are able to forsee consequences of their actions, and exercise common sence an good judgement. Their relation with others are characterized by sensitivity and skill. They are receptive to feelings and nuance in relationships and capable of expressing affection and care.”

s.135 ”The basic pattern of behaviour tends toward stability”.

Det synes ikke være særlig tvil om hvorfor resultatet av skala 5 ikke ble nevnt av den sakkyndige. Når først den sakkyndige velger å benytte K-skalaens feilaktige, negaitve omtale av far, måtte det ut i fra et faglig etisk syn også vært beskrevet skala 5 sin beskrivelser av FAR. Ikke bare

forvrenger den sakkyndige resultatet av MMPI testen til det motsatte av hva faglitteraturen sier, når det kommer noe positivt for FAR blir det utelatt! Igjen, dette er ren svindel fra den sakkyndige. Den sakkyndige selekterer bevist informasjon til støtte for MOR og der virkeligheten støtter FAR blir dette utelatt. Det mest alvorlige er at psykolog Eli Hallaråker med dette bevist forleder retten til å fatte en for barna gal beslutning om hvem av foreldrene det er best for dem å vokse opp hos. Det er med andre ord ikke barnas beste som blir vurdert, men at mor kan klare omsorgen!

## **KONKLUSJON**

Som det meget tydelig fremgår av over fremlagte dokumentasjon har psykolog Eli Hallaråker bevist fordreid resultatet av MMPI testen slik at den skal falle godt ut for MOR og tilsvarende dårlig ut for FAR. Dette til tross for at faglitteraturen ville gitt et helt motsatt konklusjon. Slik forleder psykologen retten og foretar i realiteten en ren faglig svindel det overhodet ikke er faglig dekning for. Det kan nevnes at psykolog Eli Halleråker mottok over 70.000,- for denne rapporten!

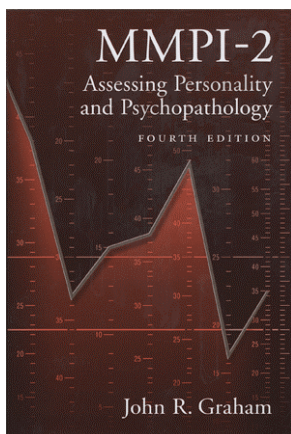
Ut i fra Den Norske psykologforenings Etiske retningslinjer er dette en forkastelig metodikk. Resultatet var at 2 barn ble flyttet fra en trygg tilværelse hos en normalt fungerende FAR til en MOR med manglende empati og tydelige narsissistisk/borderline-strukturer slik vi finner det hos introverte narsissister. Den yngste av barna fremviser da også i dag trekk lik sin MOR! Det eldste barnet viser tydelige tegn på depresjon og regresjon.

## **Litteraturliste**

Under er angitt aktuell litteratur vedr. Tolkning av MMPI tester. Vesentlige utrag fra disse er beskrevet. Det er fokusert på hva faglitteraturen beskriver

for skala 1, 2, 3 og 5 samt K-skalaen I MMPI. Vesentlige beskrivelser og adjektiver et uthevet.

## Graham, J.R. (2006) MMPI-2 Assessing Personality and Psychopathology



### **Skala 1 Hypokondriasis – Hypokondre trekk**

s.67-68 Moderat høy skåre er forbundet med angst og depressive forstyrrelser. De med høy skåre gies ofte resept for antidepressiver.

Høy skåre (T>60) fremviser et meget karakteristisk sett av personlighetstrekk. De er gjerne egoistiske, egosentrerte og **narsissistiske**. Deres livsyn er **pesimistisk, taperpreget og kynisk**. De er gjerne **missfornøyde og triste** og får gjerne personer i sine omgivelser til å føle seg ulykkelige. De klager på mye, er krevende ovenfor andre og er veldig kritiske på hva andre gjør. De uttrykker **fiendtlighet** på indirekte måter. De beskrives som **kjedelige, lite entusiastiske, uambisiøse og har vanskeligheter med språklige uttrykksformer**.

Problemer er av mer kronisk art en av kortvarig art. De **mangler innsikt** i årsakene til sine somatiske symptomer og motsetter seg psykologiske undersøkelser.

Høytskårende på skala 1 fremviser:

1. har betydelige kroppsbekymringer
2. kan ha overgangsforstyrrelser (spesielt om T>80, skala 3 er forhøyet)
3. kan ha somatiske illusjoner

4. beskriver somatiske plager
5. klager på kronisk tretthet, mangel på energi, tretthet og søvnforstyrrelser
6. er opptatt av helseproblemer og kan utvikle fysiske symptomer ved respons til stress
7. hvis medisinsk pasient, kan utvikle en sterk psykologisk komponent til sin sykdom
8. er ofte diagnostisert med smerte, depressive eller angst forstyrrelser
9. gies ofte resept på antidepressiver
10. er vanligvis lite antisosialt utagerende
11. fremstår egoistiske, selvsentrerte og narsissistiske
12. har et pesimistisk, taperaktig, kynisk syn på livet
13. er triste og missfornøyde
14. gjør andre missfornøyde
15. klager ofte og mye
16. kommuniserer på en sutrende måte
17. er krevende og kritisk til andre
18. fremviser fiendtlighet indirekte
19. beskrives som kjedelig, uentusiastiske og uambisiøse
20. har vansker med muntlige uttrykksformer
21. kan skjule tegn på inkompetanse og udugelighet
22. synes å fungere på et lavt effektivitetsnivå i lang tid
23. ser seg selv som psykisk syke og søker medisinsk behandling
24. mangler insikt og unngår psykologiske vurderinger
25. er dårlige kandidater for psykoterapi eller rådgivning
26. er kritiske til terapeuter
27. kan avslutte behandling når terapeuten antyder psykologiske årsaker for symptomer

### **Skala 2 Depresjon**

s.68-71 De primære karakteristikkene er symptomatisk **depresjon, lav moral, mannlende håp for fremtiden og generelt misfornøyd med sin egen situasjon. Manglende interesse for sine omgivelser, somatiske plager, bekymringer og spenninger, benekter fiendtlige impulser og vansker med å kontrollere sine egen tankeprosesser.** Forhøyede verdier på denne skala tilsier klinisk depresjon.

Høytskårende på skala 2, (T>70) viser ofte depressive symptomer. De føler **håpløshet og er pesimistiske med tanke på fremtiden** og på egen forbedring. Følelse av verdiforingelse og skyldfølelser er vanlige.

**Søvnforstyrrelser, dårlig konsentrasjonsevne** og frykt er typiske følelser disse personer sliter med. De beskrives som irritable. Høytskårende føler seg **usikre og fremviser en markant mangel på selvtillit**. De gir opp lett når de utsettes for stress. De kommer til kort i jobbsammenheng.

Høytskårende beskrives som **introverte, sky, tilbaketrukne, engstelige, reserverte**. De kan føle at andre ikke bryr seg om dem og de blir lett følelsesmessig såret. De har en sterkt begrenset aktivitetsinteresse. De er lite kreative i sin problemløsning. Høytskårende (T>70) kan ha store **problemer med å fatte selv de enkleste beslutninger**, og de føler seg overveldet av større livsbeslutninger som ferie og giftemål. De er meget **overkontrollerende** og benekter sine egne impulser.

1. fremviser depressive symptomer
2. føler seg depressive, triste, ulykkelige
3. føler håpløshet og pesimisme for fremtiden
4. snakker om å begå selvmord
5. fremviser følelser av selv-nedvurdering og skyld
6. opplever anhedonia
7. manglende energi, kan nekte å snakke og viser psykomotorisk retardasjon
8. er ofte gitt depressive diagnoser
9. beskriver fysiske plager, søvnforstyrrelser, svakhet og slapphet
10. er agiterende, tense og fryktskyll
11. har dårlig konsentrasjon
12. beskrives som irritable og med tendens til å bekymre seg og være sur/sint
13. har usunne spisevaner
14. kan ha en følelse av at noe negativt vil skje dem
15. føler seg usikre og mangler tro på seg selv
16. føler seg til ingen nytte og klarer ikke fungere
17. har ikke sterk motivasjon til å gjøre noe
18. opptrer hjelpeløst og gir lett opp
19. har tapsfølelser på arbeid og skole
20. har en livstil dominert av tilbaketrukkenhet og manglende involvering med andre mennesker
21. er introverte, sky, tilbaketrukne og hemelighetsfulle
22. er fjerne og opprettholder psykologisk avstand til andre mennesker

- 23.kan føle at andre ikke bryr seg om dem
- 24.får sine følelser lett såret
- 25.har begrensede interesser
- 26.kan trekke seg fra aktiviteter de tidligere deltok i
- 27.er forsiktige og lite kreative i problemløsning
- 28.har vansker med å fatte beslutninger
- 29.føler seg overveldet av viktige livsbeslutninger
- 30.er overkontrollerende og benekter egne impulser
- 31.unngår ubehagelighet
- 32.grunnet personlig stress kan de være motiverte for psykoterapi
- 33.høytskårende han ha for dårlig energi til å delta i terapi
- 34.kan avslutte behandling for tidlig når umiddelbare kriser oppstår.

### **Skala 3 Hysteria**

s.71-73 Skalaen var utviklet for å avsløre pasienter som hadde hysteriske reaksjoner til stressituasjoner. Det hysteriske syndrom karakteriseres av ufrivillig psykogent (sjelelig betinget) tap eller forstyrrelse ved fungering. Høytskårende reagerer på stress med fysiske symptomer. Under stress kan symptomene oppstå plutselig og forsvinner like plutselig som de kom når stresset reduseres.

Fremviser følelser av **tristhet, depresjon og angst**. **Søvnproblemer** er typisk for denne gruppen. De fremviser en markant **manglende innsikt i egen fungering og årsak til sine problemer**. Høytskårende er ofte beskrevet som **umodne psykologisk og til tider barnslige eller babyaktige**. **De er ganske selvsentrerte, narsissistiske og egosentriske og forventer mye oppmerksomhet fra andre**. De benytter ofte indirekte og skjulte metoder for å få oppmerksomhet. Når andre ikke reagerer som forventet føler de seg **sinte og bitre**, følelser som oftest benektes og ikke uttrykt åpent eller direkte.

Deres mellommenneskelige adferd er **kunstig og umoden**. De synes å ha **interesse i andre bare ut i fra hvilken nytteverdi andre har for dem**. De mangler innsikt i årsak til egen adferd og motsetter seg psykologiske forklaringer på dette. I terapi kan de ofte diskutere bekymringer vedr. skole, arbeid, ekteskaplig ulykke, manglende aksept i sin sosiale tilhørighet og problemer med autoritetsfigurer.

1. ofte følelser av å bli overveldet
2. reagerer på stress og unngår ansvar ved å utvikle psykiske symptomer
3. beskriver hodepine, mage problemer, bryst smerte, svakhet
4. har symptomer som kan komme og gå fort
5. opplever typisk ikke akutt emosjonell kaos
6. beskriver følelser av tristhet, depresjon og angst
7. beskriver manglende initiativ, føler seg utslitt og søvnforstyrrelser
8. får til tider konverterings forstyrrelser, somatiske forstyrrelser eller smerte forstyrrelser
9. blir ofte gitt antidepressiver
10. mangler innsikt i underliggende årsak til symptomer
11. viser liten innsikt i egne motiver og følelser
12. beskrives ofte som psykologisk umodne, barnslige og babyaktige
- 13. er selvsentrerte, narsissistiske og egosentriske**
14. forventer mye oppmerksomhet og følelsesmessig innvolvering fra andre
15. bruker indirekte midler for å oppnå oppmerksomhet og følelser
16. blir sinte når de ikke får nok oppmerksomhet fra andre
17. viser ikke negative følelser åpent for andre
18. i kliniske settinger mer mellommenneskelig innvilvert enn andre
19. fremviser en kunstig og umoden adferd i mellommenneskelige forhold
20. er interessert i andre primært ut i fra hva de kan få fra andre
21. grunner behov for aksept og følelser kan de til å begynne med være svært entusiastiske vedr. behandling
22. ser seg selv som å ha medisinske problemer og vil ha medisinsk behandling
23. har vanskelig for å få innsikt i egne underliggende årsaker for sin adferd
24. er meget imot psykologiske fortolkninger
25. kan avslutte behandling før tiden hvis terapeut fokuserer på psykologiske årsaker
26. Kan være villig til å snakke om problemer så lenge de ikke knyttes mot sine psykiske symptomer
27. Responderer ofte godt til direkte råd og forslag
28. Involvert i behandling, kan diskutere feil på arbeid og skole, ekteskapelige problemer, manglende aksept, eller problemer med autoritetsfigurer

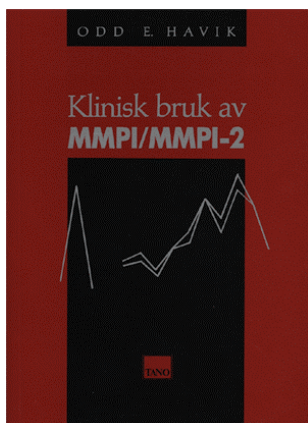
### **Skala 5 maskulinitet – feminitet**

s. 76-78 Høy T skåre indikerer avvik fra kjønnsesifik adferd. Skalaen er sterkt relatert til **høyere utdannelse**, med høyere poengsum for høyere utdannelse. Således skårer menn minst 5 poeng høyere ved høyere utdannelse. Skåre på skala 5 synes ikke relatert til symptomer eller problemer for ikke-kliniske personer. Flere studier viser at **hevet skåre indikerer positiv fungering**.

Høytskårende menn fremviser manglende stereotypiske maskuline interesser. Høytskårende synes å ha estetiske og kunstneriske interesser. De vil sannsynligvis **delta mer i husholdning og barnepass aktiviteter enn menn ellers**.

1. mangler typiske maskuline interesser
2. har estetiske og/eller kunstneriske interesser
3. **er sansynlige til å delta i husholning og barnepass mer enn menn ellers.**

**Havik, E. Odd (1993) klinisk bruk av MMPI-2**



s.47 De korrelater som er beskrevet fra hver skala representerer *typiske* egenskaper innen en *gruppe* individer. Man kan derfor ikke vente at alle egenskaper skal ha gyldighet for en bestemt MMPI-profil.

s.48 Når man tolker og analyserer MMPI skalaene er det nødvendig å ta hensyn til pasientens alder, kjønn, utdanning og sosioøkonomiske status. Disse faktorer kan påvirke høyden på MMPI skalaene og man vil legge mindre vekt på en høy eller lav skalaverdi når denne også kan skyldes andre forhold enn pasientens personlighet og symptombylde.

### **K-Skalaen**

s.49 Ved lengre utdanning avtar høyden på skala F og 0(Si), mens høyden på skala K tilar. Utdanning gir vanligvis økt skåre på skala 5(MF)

s.50 Høy sosioøkonomisk status gir høyere skåre på skala K.

s.57 K-skalaen ble utviklet for å få en koreksjonsfaktor som skulle ”improving the discrimination yielded on the already existent personality scales, **it was not asumed to be measuring anything which in itself is of psychiatric significance**” (Meehl & Hataway, 1946,s.103). Sagt på en annen måte, K-skalaen skulle være en koreksjonsfaktor for å redusere forekomsten av ”normale” MMPI-profiler, dvs. **Profilen hvor de kliniske skalaene var lavere enn T-skåre 70, blant personer med en bekrefet psykiatrisk diagnose.**

Innholdet i disse leddene beskrev tendenser til å benekte bekymring, mindreverdsfølelser og symptomer, kombinert med en tendens til å vurdere andre på en positiv måte (Mehl / Hataway, 1946).

s.58-59 Greene (1980) anbefaler at K-korreksjonen bare blir brukt i situasjoner hvor man skal vurdere psykopatologi. **Bruk av K-korreksjon i vurdering av normalgrupper kan gi et feilaktig bilde fordi de kliniske skalaene blir for høye.**

**Enkelte har påpekt at en moderat heving av K-skalaen ikke er forbundet med defensivitet, men viser til realistisk positiv selvvurdering som bygger på gode tilpassingsevner og gode ressurser. Undersøkelser tyder på at K-skalaen ikke måler defensivitet i normalgrupper, men god tilpassing og mestring (Heilbrun, 1961).**

s.59 Lengre utdanning og høyere sosioøkonomisk status er forbundet med moderat heving av K-skalaen (T skåre 55-65)

Høy Skåre

En høy K-skåre (T-skåre >65) vil vanligvis være forbundet med forsøk på opprettholde en fasade preget av kontroll og tilpassning, og hvor symptomer og problemer nedtones eller benektes.

s.60 Moderat høy skåre

**Normalgrupper i dette området beskrives ofte som selvsikre og effektive med hensyn til problemløsning. De vil vanligvis være utadvendte og vise god sosial mestring. Vanligvis er en moderat heving av K-skalaen et tegn på personlige ressurser.**

### ***Skala 1. Hs, Hypochondriasis***

s.70-73 Skalaen ble utformet for å beskrive en nevrotisk opptatthet av kroppsfunksjoner.

Høy skåre.

Personer med høy skåre på skala 1 (Hs) (T-skår >70) er beskrevet som **misfornøyde, selvopptatte, selvsentrerte og krevende**. Ofte vil man finne **vansker med selvhevdelse** i mellommenneskelige forhold, samt at aggresjon og fiendtlighet ikke blir uttrykt direkte. Det kan ha sammenheng med **manglende sosiale ferdigheter**, autoritetsavhengighet eller passivaggersive trekk.

De somatiske plagene kan brukes for å kontrollere andre, og som sådan være del av det passiv aggersive mønsteret.

Personer med høy skåre vil vanligvis være uinteressert i å utforske psykologiske årsaker til presenterte problemene, og **har liten innsikt i eget følelsesliv. Direkte påpekninger og fortolkninger kan føre til at vedkommende føler seg missforstått eller urimelig behandlet, og trekker seg ut av et aktivt behandlingsopplegg.**

Greene (1980) mener at høy skåre på skala 1 (Hs) er forbundet med dårlig prognose.

Forekomst av somatisk sykdom vil imidlertid vanligvis ikke føre til at skala 1 (Hs) får en høy skåre. Ved **alvorlige somatiske lidelser** vil man derimot kunne finne en **økning i skala 2 (D)**.

### **Skala 2 Depresjon (D)**

s.74-75 Leddene angir forhold som **lav selvfølelse, apati, bekymring, mistro til fremtiden, somatiske bekymringer, samt motorisk retardasjon**. Som en tommelfinger regel kan man si at en høy skåre på skala 2 (D) kombinert med skala 1 (Hs) og/eller 3(Hy) tyder på psykosomatiske plager og maskert depresjon.

Høy skåre

Pasienter med høy skåre på skala 2 (D) vil ofte ha vansker med å treffe avgjørelser og er sårbare når de er stilt ovenfor viktige valg slik som yrke, skole, ekteskap mm. De er vanligvis beskrevet som overkontrollerte og ikke aggressive, men kan lett bli irritable pga. **skyldfølelse og lav selvfølelse**.

### **Skala 3 Hysteria (Hy)**

s.76-78 Ledd som viser at man betrakter seg selv som fri for personlige og interpersonlige problemer og vansker.

En leddgruppe reflekterer tristhet og fravær av livsglede.

Høy skåre

Pasienter med høy skåre på skala 3 (Hy) reagerer vanligvis på belastninger og konflikter med psykosomatiske symptomer og somatiske plager. Manglende innsikt egne emosjonelle reaksjoner og i mulige årsaker til egen problemer er et karakteristisk trekk ved pasienter som har høy skåre på skala 3 (Hy). Dette har sammenheng med at **fortrengende og benektende forsvarsmekanismer dominerer**. Mellomenneskelige forhold vil være dominert av akseptering-avvisning og avhengighet-selvstendighet. **Disse konflikter kan ofte føres tilbake til en opplevelse av avvisning eller**

**manglende omsorg fra egne foreldre.** Ved høy skåre vil man ofte finne sterke med ikke anerkjente, **behov for omsorg og støtte.** Avhengigheten av andre fører vanligvis til vansker med direkte selvhevdelse, konfronterende situasjoner som omfatter sinne eller selvhevdelse vil være angstprovoserende.

Ved høy skåre på skala 3 (Hy) kan de fokale (?) symptomer ha markante innslag av sekundærgevinst, enten for å oppnå omsorg eller for å gi indirekte uttrykk for aggresjon. I perioder med liten belastning og rimelig grad av omsorg og støtte vil pasienter med høy skåre være relativt symptomfrie og ha en god sosial funksjonsevne.

### ***Skala 5 (MF) Maskulinitet-Feminitet***

s.83 Menn med høy skåre på skala 5 (Mf) (T-skåre > 70) fremviser verdier. Interesser og aktiviteter som bryter med den stereotype maskuline kjønnsrolleutforming. Det er ofte personer som er **sensitive for sitt indre liv og de sosiale omgivelser, kombinert med toleranse for sosiale avik.** De er ofte ambisiøse og konkurranseorientert, selv om de i mellommenneskelige forhold kan være passive og avhengige, noe som gjør at de unnviker direkte konfrontasjoner.

### ***Skalakonfigurasjoner - Topunktskoder***

s.98-99 Skala 1 (Hs) og 3 (Hy), typisk forsvar er fortrenkning, benekting og idyllisering. Hvis skala 1 (Hs) er høyere enn skala 3 (Hy), vil man finne mer vage somatiske plager, kombinert med en pessimistisk og bitter holdning.

#### ***1-2/2-1***

s.116-117 I sosiale situasjoner er de sky og **introverte.** Når de ikke får oppmerksomhet og omsorg, reagerer de vanligvis med skuffelse eller indirekte fiendtlighet.

#### ***1-3/3-1***

s.119 Individuer med 1-3/3-1 kode er beskrevet som **umodne og egosentriske.**

**2-3/3-2**

s.124 Parforhold er preget av **vansker med nærhet og gjensidighet, og seksuelle samlivsproblemer er ikke uvanlige**. Aggresjonen rettes ofte mot selvet, og man finner følelser av mindreverd, usikkerhet og hjeløshet som en konsekvens av dette. I mellommenneskelige forhold vil personer med denne koden vanligvis søke støtte, omsorg og respekt, noe som lett gjør at de påtar seg ansvar og forpliktelser for å få andres anerkjennelse. Ansvar vekker imidlertid prestasjonsangst, og man vil derfor finne at dette er mennesker som vanligvis unnviker åpne konkuransesituasjoner.

s.125 **Kvinner med 2-3/3-2 kode klager vanligvis over tretthet, manglende overskudd og depresjon. De er ofte ulykkelige i sine ekteskap. Hvis skala 5 (Mf) og/eller skala 9 (Ma) er lav (T-skåre<45) vil man ofte finne en lang forhistorie med ekteskaps- og familievansker.**

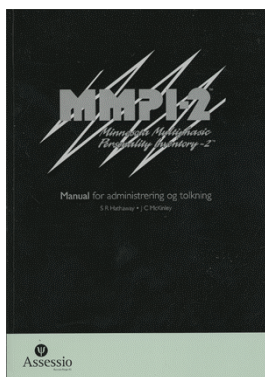
s.178 Som en hovedregel vil skala 1 (Hs), 2 (D), og 3 (Hy) fange opp nevrosepatologi.

s.188 Passivitet og ønske om komplementære relasjoner hvor man har sikker tilgang på hjelp og forståelse : Skala 1 (Hs), skala 3 (Hy) og skala 2 (D) > 70.

*s.196 Når det gjelder bruk av MMPI i sakkyndigeutalelser angående vurdering av omsorgsevne i barnefordelingsaker, bør man **utvise den største forsiktighet og tilbakeholdenhet.***

*Man bør være forsiktig med å benytte vanlige tolkninger både av validitetskalaene og av de kliniske skalaene. Man bør være ytterst reservert med hensyn til bruk av MMPI i barnefordelingsaker.*

**Hataway, S.R. & al. (1989) MMPI-2, Manual for administrering og tolking**



### **K-skalaen**

s.64-65 Korreksjonskalaen (K) er den mest komplekse av validitetskalaene. **Det er imidlertid viktig å observere at personer som fungerer bra og er følelsesmessig stabile, ofte beskriver seg selv med samme ord. Det vil se at deres liv er akkurat så bra som de oppgir på denne skalaen.**

Forskning på K-skalaen har vist at forholdsvis høye skårer har sammenheng med høyere sosioøkonomisk status (lengre utdanning, yrker med høy status og inntekter).

### **Skala 1 Hs (Hypokondri)**

s.107 Høy skåre :

Overdreven reaksjon på alle faktiske problemer

**Ekstrem selvsentrering og egoisme**

**Bitter, kynisk, krevende**

**Oppgitt holdning, pessemistisk**

**Overdrivelse av fysiske problemer**

Variierende, flerfoldige vansker

### **Skala 2 D (Depresjon)**

s.108 Høy skåre:

Tilbakeholden, blyg, unnvikende, trist

Mangler energi, kan ikke konsentrere seg, fysiske plager, søvnproblemer

Selvreduserende, dårlig selvbilde, følelse av utilstrekkelighet

Plager, engstelig, ulykkelig, dysforisk

**Skala 3, (Hy) Hysteri**

s.109 Høy skåre:

**Benytter fornektelse og dissosiasjon**

**Spesifikke funksjonelle symptomer og problemer**

**Naiv, dårlig selvinsikt**

**Krevende histronisk**

**Flørtende**

**Skala 5 Mf (masulinitet – Femininitet)**

s.111 Høy skåre:

**Nysgjerrig og kreativ**

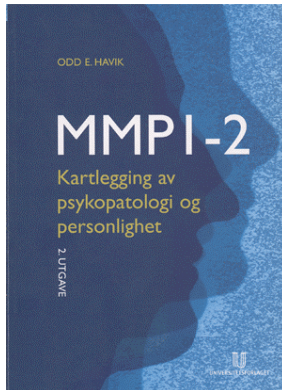
**Tolerant mot andre**

**Individualistisk**

**Intellektuelle interesser**

**Empatisk**

## Havik, E. Odd (2003) MMPI-2 Kartlegging av psykopatologi og personlighet



### **K-Skalaen**

s.64 Innholdet I disse leddene beskriver tendenser til å benekte bekymringer, mindreverdsfølelse, familieproblemer og symptomer, samt en tendens til å vurdere andre på en positiv måte.

Leddene i k-skalaene blir skåret slik at en høy skåre tilsvarer de holdninger som kjennetegnet psykiatriske pasienter med normal MMPI-profil, mens en lav skåre skulle være karakteristisk for normalgrupper med en høy og avvikende MMPI-profil.

Greene (1980) anbefaler at K-korreksjon bare blir brukt ved vurdering av psykopatologi. **Bruk av K-koreksjon i vurderingen av normalgrupper kan gi et feilaktig bilde fordi de kliniske skalaene blir for høye.**

**En moderat heving av K-skalaen er ikke nødvendig vis forbundet med defensivitet, men kan vise til en positiv og realistisk selvvurdering som bygger på god tilpasningsevne og resurser. I tråd med dette tyder undersøkelser på at K-skalaen ikke måler defensivitet i normalgrupper, men god tilpasning og mestring (Heilburn, 1961).**

s.66 Moderat høy skåre

Normalgrupper i dette området beskrives ofte som selvsikre og effektive med hensyn til problemløsning. De vil vanligvis være utadvendte og vise god sosial mestring. Vanligvis er **en moderta hevet K-skåre et tegn på personlige resurser.**

### **Skala 1 Hs, Hypokondriasis**

s.76 De symptomene og personlighetstrekkene som denne skalaen dekker kan forekomme i forskjellige diagnostiske grupper.

s.77 Skalaen ble utformet for å beskrive en nevrotisk opptatthet av kroppsfunksjoner.

Høy skåre

Personer med høy skåre blir beskrevet som missfornøyde, selvsentrerte og krevende.

Vansker med direkte og tydelig selvhevdelse i mellommenneskelige forhold er vanlige, samt at aggresjon og sinne ikke blir uttrykt direkte. Dette kan ha sammenheng med manglende sosiale ferdigheter, autoritetsavhengighet eller passiv-aggressive trekk. **De somatiske plagene kan brukes til å kontrollere andre og være en del av det passiv aggressive mønster.**

s.78 De er mindre interesert i å utforske psykologiske årsaker til de presenterte problemene og de har også liten innsikt i sitt følelsesliv. Ved høy skåre på skala 1 (Hs) er **emosjonelle og mellommenneskelige problemer ofte kanalisert gjennom somatiske reaksjoner og plager. Greene (1980) mener at høy skåre på skala 1 er forbundet med dårlig prognose.**

### **Skala 2, D depresjon**

s.79 Innholdet i leggende dekker **lav selvfølelse, apati, pessimisme, somatiske bekymringer og motorisk retardasjon.**

Som en hovedregel vil høy skåre på skala 2 (D) kombinert med skala 1 (Hs) og/eller skala 3 (Hy) tyde på psykosomatiske plager og maskert depresjon.

**Skyldfølelse, mindreverdfølelse, prestasjonsangst og redusert personlig yteevne vil være typiske trekk.**

Hvis skala 2 (D) er hevet sammen med skala 4 (Pd), 6 (Pa) eller 9(Ma) vil de depressive symptomene vanligvis være knyttet til en opplevelse av ytre belastninger, som familiekonflikter, arbeidsproblemer, **autoritetskonflikter** og alkoholproblemer.

s.80 Pasienter med en høy skåre på skala 2 (D) vil ofte ha **vansker med å treffe avgjørelser og er sårbare når de er stilt ovenfor viktige valg**, som yrke, skole eller parforhold. De er vanligvis beskrevet som overkontrollerte

og ikke-aggressive, men kan lett bli irritable på grunn av skyldfølelse og lav selvfølelse.

### **Skala 3, Hy Hysteria**

s.82 **Manglende innsikt i egne emosjonelle reaksjoner og i mulige årsaker til egne problemer er et karakteristisk trekk** ved pasienter som har en høy skåre på skala 3 (Hy). Dette har sammenheng med at fortreggende og **innsnevrende forsvarsmekanismer dominerer**, noe som vil være enda mer fremstående hvis L- og K- skalaen er høy. Mellomenneskelige forhold vil være dominert av temaene akseptering – avvisning og avhengighet – selvstendighet. **Disse konflikter kan ofte føres tilbake til en opplevelse av avvisning eller manglende omsorg fra egne foreldre.** Ved høy skåre er det ofte sterke, men ikke anerkjente, behov for omsorg og støtte. Avhengigheten av andre fører vanligvis til vansker med direkte selvhevdelse og konfronterende situasjoner som omfatter sinne eller selvhevdelse kan være angstprovoserende.

s.84 På grunn av aggresjonshemninger vil det vanligvis være sterk motstand mot å utforske egne bidrag til slike vansker. Det er en økt sansynlighet for manipulerende og interpersonlige strategier og at evne til nærhet, intimitet og empati er redusert.

### **Skala 5, Mf maskulinitet – Femininitet**

s.91 For men er skala 5 (Mf) relativt høyt korelert med sosioøkonomisk status, utdanningsnivå o ulike intelligensmål. **De fleste undersøkleser peker i retning av at korrekatene til skala 5 (Mf), angår personlighetstrekk som er relativt uavhengige av psykopatologi.**

Høy skåre

Høy skåre på skala 5 (Mf) (T-skåre>65) er forbundet med verdier, interesser og aktiviteter som bryter med den stereotype maskuline kjønnsrolleutforming. **Det er ofte typisk for personer som er sensitive ovenfor sin indre verden og de sosiale omgivelkser, kombinert med tolleranse for sosiale avvik.**

## **To og trepunktskoder**

### **1-2/2-1**

s. 124 Hvis skala 2 er høyere enn skala 1 (forskjell i T-skåre >5) vil **depresjon, angst og anspenhet** vanligvis være mer fremtredende i helhetsbildet. Denne topunktskoden forekommer vanligvis hos personer som er **kronisk bekymret og engstelige**. I sosiale situasjoner er de sky og introverte. Generelt er interpersonlige forhold preget av pasivitet og avhengighet.

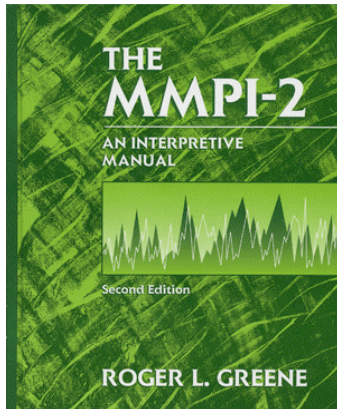
### **1-3/3-1**

Personer med 1-3/3-1-kode er beskrevet som **umodne og egosentriske**. Reaksjoner på tap og skuffelser er preget av overkontroll og passiv-aggressive mekanismer. Deres omsorg kan få et rigid og aggressivt preg hvis mottakeren ikke er taknemmelige.

### **2-3/3-2**

2-3/3-2- koden er vanligvis forbundet med **sterk overkontroll og vansker med å gi uttrykk for følelser**. Parforhold er preget av **vansker med nærhet og gjensidighet, og seksuelle samlivsproblemer er ikke uvanlige**. Kvinner har ofte en historie med par og ektebarnsvansker med seksuelle problemer og mangel på seksuell tilfredshet. Fysiske symptomer som hjertebank, svetting, søvnproblemer og vage smerter blir ofte rapportert. De føler seg ofte utslitt og føler at de ikke har overskudd til å mestre hverdagslivets oppgaver. Ofte er det grunnleggende tvil om egenverdi. Dette gjør at de er **sårbare for kritikk** og manglende bekreftelse. Ofte et mønster av **fortrengning og overkontroll av emosjoner**.

## Greene, R.L. (2000) The MMPI-2, An interpretive manual



s.23 Because only 13 MMPI items were deleted from the standard validity and Clinical scales, the MMPI and the MMPI2 are virtually **identical** on these scales.

### ***K-skalaen***

s.93 The K (Correction) scale consist of 30 items that were empirically selected to assist in identifying persons who displayed significant psychopathology yet har profiles within the normal range.

s.95 Researchers have examined other aspects of the K skale than K-corrections themselves. Several investigators (Heilburn, 1961, Smith, 1959, Sweetland & Quay, 1953) examined the appropriateness of the scale as a measure of defensiveness and reported that the **K scale in normal population is a measure not of defensiveness but of personality integration and healthy adjustment**, with high scores reflecting healthy adjustment.

It appears that the appropriateness of interpreting K as a measure of defensiveness varies according to the type of client. **In a normal population high scores on the K scale do not indicate defensiveness**, in a maladjusted population, however, high K scores do suggest defensiveness.

s.96 **Clinicians probably need to avoid using K-corrections in settings in witch normal persons are being evaluated with the MMPI-2.**

Another consideration that clinicians need to keep in mind is that clients can achieve a high score on a Clinical scale that is K-correlated in different ways. Scores on the K-scales increase 7 points with more years of education with most of this difference found in patients with less than 15 years of education.

### **Scale 1, Hypochondriasis, (Hs)**

s.130 These concerns tend to ..... persist despite all reassurance and negative medical tests to the contrary. Scale 1 is designed to assess a neurotic concern over bodily functioning.

s.131-132 Scale 2 (depression) is more likely to be elevated by actual physical illness than scale 1. If a client with actual physical illness obtains a T score of 65 or higher on scale 1, there are likely to be hypochondrical features in addition to physical condition, and the client is probably trying to **manipulate or control significant others in the environment** with the hypochondrical symptoms. Although the client may vehemently argue that the symptoms reflect legitimate physical concerns, the clinician should **not ignore the elevation on scale 1. The hypochondrical features in these individuals usually are readily apparent despite their protests to the contrary.**

It reflects a long term personality style that is **stable over time** and resistant to change. In addition high scores are described as **pessimistic, sour on life**, and evidencing long-standing personal inadequacy and ineffectualness. They express their resentment covertly by using physical symptoms to control and manipulate others.

s.133 T score of 65 and above

**They are cynical, whiny, demanding of attention and generally negative and pessimistic**

### **Scale 2, depression, (D)**

s.133 The 57 items of scale 2 (Depression) measure symptomatic depression, which is a general attitude characterized by **poor morale, lack of hope for the future and general dissatisfaction** with one's own status (Hataway & McKinley, 1942). The major content areas within scale 2 include a lack of interest in activities expressed as general apathy, physical

symptoms such as sleep disturbances and gastrointestinal ailments, excessive sensitivity, and lack of sociability.

s.134 Scale 2 is an index of how comfortable and secure clients feel about themselves and their environment, with higher score indicating dissatisfaction.

S.135 An elevated score on scale 2 reveals that the client is upset and feeling unhappy about something, **the precise source of the distress however, cannot be deduced from scale 2 alone.**

s.136 Suicide risk in such clients is generally considered to be greater than when depression is more demonstrable clinically.

T score of 65 and above

These clients exhibit a general **sadness and depressed** mood either about life or themselves

s.139 They lack energy for coping with problems. They have problems with **attention and concentration.**

### **Scale 3. Hysteria, (Hy)**

s.139 Such persons believe that they are well adjusted and only when they are under stress does their proneness to develop conversion-type symptoms as a means of resolving conflict and avoiding responsibility appear.

s.140 Clients who scored higher on scale 3 than scale 1 were less obviously neurotic, in fact **they appeared normal psychologically except when under stress.**

10 items are shared with scale 4 (psychopathic Deviate), 8 items with scale 8 (Schizophrenia) and 0 (Social Introversion) and 7 items with scale 7 (Psychastenia).

Using factor analysis, Comrey (1967c) identified five factors: *poor physical health, shyness, cynicism, headaches and neuroticism.*

s.141 High scores on scale 3 (T score of 65 or higher) are described as **self-centered, immature and infantile. They are demanding of attention and manipulative in interpersonal relationships.** They tend to be uninhibited

and outgoing in their social relationships, although they relate with others on a **superficial and immature level**.

Their insensitivity to others and their lack of empathy reflect their egocentric involvement. Their primary defence are denial and repression, and they generally appear to be defensive and overcontrolled.

s.142 Scores of 65 and above

These clients are naive, suggestible, lack insight into their own and others behaviour and deny any psychological problems.

### ***Neurotic triad configurations***

#### ***Scale 1,2,3.***

s.144 The elevation of these scales increases as the disorder becomes chronic.

The greater the relative elevation of scales 1 and 3 compared to scale 2, the more severe, longstanding and resistant to change are the client's defence against facing the actual source of distress in his or her life.

As would be expected, they see little if any correlation between their physical symptoms and psychological problems.

s.145 They are described as **dependent and immature**.

#### ***Scale 5, Masculinity – Femininity, (Mf)***

s.151, 4 of these 60 items were deleted in the restandardization of the MMPI-2 resulting in current 56 items on scale 5.

High T scores result when a client endorse the items like a person of the opposite gender.

s.152 It shares no more than 4 items with any clinical scale other than scale 0 (Social introversion) with which it shares 9 items.

s.153 When only scale 5 is elevated without accompanying elevations on other clinical scales, **clients are likely to be seen as not having a psychiatric disorder** even in a psychiatric setting (King & Kelly, 1976b, Rosen 1974). **High-scoring normal men are generally described in positive terms, curious, socially perceptive, peaceable, tolerant and**

**psychologically complex.** They are also described as passive and prone to worry. They have wide philosophical and aesthetic interests.

s.154 Education has predominant influence on rawscores on scale 5 in men. T scores for men can be expected to be in range 55 to 70 as a result of a college education and the vocational interests and training that are part of the educational program.

s.155 Score of 65 and above

Be very cautious about diagnosing a client as homosexual solely on the basis of score in this range.

## **Codetypes**

### **1-2/2-1**

s.320-228 She is grouchy, **easily frustrated and irritable.** It is rather unusual for her to report that she is depressed despite how she may appear to others. **Criticism or scolding hurts her terribly.** She feels unable to get going and get things done in her life. She has **concentration difficulties.** She lacks insight into her somatic symptoms and behaviour, often refusing to acknowledge that her symptoms are related to emotional conflict and are used as a means of avoiding her psychological problems. She is **introverted** and finds it hard to talk when she meets people. **Her family did not find fault with her or object to her friends.**

She does not sleep well or wake up fresh and rested most mornings. She feels tired a good deal of the time, has **little energy, and tires quickly.** Her prognosis is poor for any form of traditional psychotherapy because of her difficulty in understanding that her problems might have a psychological component.

### **1-3/3-1**

The higher the elevation .... the more **rigid are her defences.** She frequently worries about something. She also experiences a very mild level of Dysphoria. She lacks insight into her own behaviour and is very resistant to interpretations that there could be psychological involvement in the physical symptoms.

**Others are likely to experience her physical symptoms as being used in a manipulative or passive-aggressive manner.**

### **2-3/3-2**

She frequently worries about something. **She feels inadequate, helpless, and insecure. She is easily hurt by criticism or scolding and has difficulty expressing her feelings. She is overcontrolled and fearful of losing control. She is likely to experience increases in depression, fatigue and physical symptoms in response to stress.**

**She has concentration difficulties and memory problems. She has low self-esteem, lacks self-confidence and is self-doubting.**

She is somewhat **introverted** and does not like loud parties or social events. She feels socially inadequate, avoids social involvements, and presents herself as helpless, immature and dependent.

She has a number of physical and neurologic symptoms.

Her prognosis is generally poor because she lacks insight into her own behaviour and sees little change for significant change in her life.

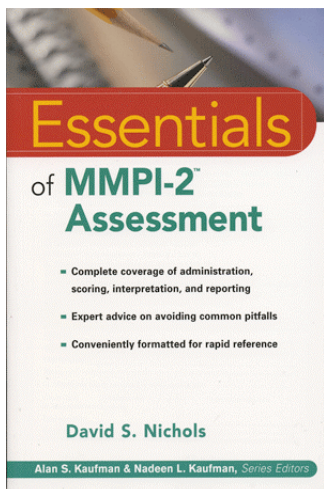
s.364 Clinician should use a disconfirmatory rather than a confirmatory strategy when integrating various sources of information during the interpretive process.

s.376-377 No hypothesis should be summarily dismissed unless there are absolutely no data to support it.

**It is extremely important, at any level of MMPI-2 interpretation, for the clinician to be wary of focusing exclusively on any one feature and consequently ignoring, biasing or misinterpreting the rest of the data.**

The clinician always has to be willing to entertain **alternate hypotheses** of inferences from the test data. All too often a **novice clinician selects one characteristic or feature as being important and then cannot get away from this perceptual set in interpreting the test data.** Instead, the clinician should acknowledge inconsistencies with the inference being made and consider other inferences that might be better able to fit the data.

## Nichols, D.S. (2001) Essentials of MMPI-2 Assessment



### **K-Scale**

s. 57 "It was developed to fill a need for a scale to reduce the number of false negatives occurring when the patient produces a profile within normal limits."

s.58 High scores indicating bias toward underreporting.

The intent of the K-correction is to lend subtlety to scales with shortage of subtle items.

s.59 Whether the K-correction remains justified in other settings ... is uncertain and, on current evidence, doubtful.

s. 60 Interpreting K is complex.

### **Scale 1 : Hypochondriasis**

s.86 Insomnia or other sleep difficulties are often mentioned.

s.87 High scores tend to be cheerless, dissatisfied, and somewhat pessimistic or cynical in their outlook. Cognitively they tend to be rather narrow, unimaginative, uncreative, conventional, and bound by habits and routines. These patients tend to form long term, dependent attachment of an extractive kind onto other person, typically a spouse. Their relation with

others tend to be limited, utilitarian, and controlling, and becoming sullen or whiny when others fail to provide them adequate levels of attention, consideration or service. Bitter, selfish, self-centered, ungenerous, ungrateful and difficult to please.

s.88 Carson (1969) noted that these patients appear readily to adopt a paranoid posture when pressed. Denial of others problems. Projection of selfishness and self-centeredness.

These patients often come from underprivileged backgrounds in which the family of origin was impoverished or subject to economic instability either because of external factors, such as layoffs and periods of unemployment, or internal factors, such as an **absent or alcoholic father**.

Depression is among the typical diagnoses.

### ***Scale 2 : Depression***

s.91 Criterion group for scale 2 consist of a general frame of mind characterized by poor morale, lack of hope in the future, and dissatisfaction with the patients own status generally.

s.92 Unhappiness, anxiety and worry, apathy and lethargy, nonimpulsiveness, physical symptoms and low self-esteem.

s.92 Pessimism, poor morale and low self-esteem, complaints and lack of energy for coping with problems. Concerns center around mood, morale and efficiency.

s.95 These patients take little pleasure in events and activities that they formerly enjoyed. Problems with appetite and sleep disturbances are common. They withdraw from normal physical and social activities into silence and self-absorption.

s.96 Intimates and others find them distant and difficult to reach emotionally, which tend to create stress in the lives of those close to them.

### **Scale 3 : Hysteria**

s. 100 In fact the range and variety of conversion symptoms are endless, hysteria has been called "the great imitator" for its ability to simulate the signs and symptoms of organic illness.

s.101 Somatic complaints, denial, cynicism and mistrust... and social inadequacy.

s.105 The high Scale 3 scorer may view his or her social conduct as friendly and approving, whereas others see it as superficial and seductive.

s.107 They are also inclined to embellish or fabricate events or experiences, sacrificing truth and accuracy in the hope of greater audience appeal.

s.108 They are often viewed as looking, but not seeing, listening, but not hearing, as if their information processing is hampered by sensory inhibition. In many cases they actively avoid information considered "negative" or potentially upsetting.

As a consequence, despite having broad interests, their actual knowledge within their areas of interest is often thin.

s.109 **Relations with others tend to be somewhat superficial and immature.**

s.110 Personality disorders are likely.

### **Scale 5 : Masculinity – Femininity**

s.126 It has never performed well in separating homosexuals from controls..

s.129 Scale 5 reflects a general dimention of activity-passivity, with high scoring men and low scoring women tending toward behavioural control and nonaggressiveness.

s.131 At least for men, high scores may be characterized by a broader, civilized altruism, in which tender and affectionate sentiments are more inclusive, extending well beyond the spouse or primary partner. The adjectives used to describe high scoring men are overwhelmingly positive. They are seen by others as mature and effective, self-controlled and inner-directed, insightful and self-aware and is feeling comfortable with themselves and their lives. Although they are imaginative, they are also well-organized planners, are able to foresee consequences of their actions, and exercise common sense and good judgement. Their relation with others are characterized by sensitivity and skill. They are receptive to feelings and nuance in relationships and capable of expressing affection and care.

s.135 The basic pattern of behaviour tends toward stability.

### **1-2/2-1**

Disturbed sleep, passive, dependent, immature and avoidant. Depression, reduced efficiency in work.

### **1-2-3**

Like 2-1/1-2 but with greater chronicity, greater inability to work. May be dependent, passive/submissive.

### **2-3/3-2**

Associated with so called atypical depression/hysteroid dysphoria. Anxiety insecurity, emotional overcontrol and overreactiveness to stress. Problems with memory, concentration and judgement. Feelings of worthlessness, helplessness, hopelessness and inadequacy. Excessive emotional control or constriction. Others find them dependent, immature,