

تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۲/۱۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۸/۵/۱۸

فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌سنجی

دوره نهم، شماره ۳۳، تابستان ۱۳۹۹

صفحات: ۱۴۳ - ۱۲۱

*ارزیابی مشخصات روان‌سنجی آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳

Assessment Characteristics Psychometric Millon Clinical Multiaxial Inventory - 3

*پیام سرابی؛ خیرالله صادقی^۲

چکیده

Abstract

The present study was Assessment of Psychometric characteristics Millon Clinical Multiaxial Inventory - III in the students of Islamic azad universities Kermanshah. This study is a survey. The subjects consisted of 510 patients (160 of 350 clinical and non-clinical) that clinical subjects sampling method and nonclinical subjects were selected by simple random sampling. Data from Clinical Multiaxial Inventory - 3 (MCMI-III), Personality Questionnaire (SCID-II) and demographic characteristics were used. For reliability, the Cronbach's alpha and KvdR - Richardson (KR-20) and for validity, criterion validity, concurrent validity and diagnostic methods were developed. The correlation coefficient analysis, chi-

پژوهش حاضر در راستای ارزیابی مشخصات روان‌سنجی آزمون بالینی چندمحوری میلون - ۳ بود. روش این پژوهش از نوع زمینه‌یابی می‌باشد. آزمودنی‌های پژوهش ۵۱۰ نفر (۱۶۰ نفر بالینی و ۳۵۰ نفر غیربالینی) بودند که آزمودنی‌های بالینی به روش نمونه‌گیری هدفمند و آزمودنی‌های غیربالینی از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از آزمون بالینی چندمحوری میلون - ۳ (MCMI-III)، پرسشنامه شخصیت (SCID-II) و ویژگی‌های دموگرافیک استفاده شد. برای تعیین پایایی، از دو روش آلفای کرونباخ و کودر - ریچاردسون (KR-20) و برای محاسبه روایی، از روش‌های روایی ملاک هم‌زمان و روایی تشخیصی به‌کار گرفته شد. در تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی، کای دو (X^2) و ضریب کاپا مورد

* این مقاله برگرفته از بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد نویسنده مسئول است.

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

square (X^2) and the kappa coefficient was used. Data analysis showed that the Cronbach's alpha reliability of the MCMI-III (94/0 - 55/0) and the reliability of the method Kvdr - Richardson liable 94/0. Concurrent validity of the MCMI-III personality questionnaire (SCID-II) (49/0 - 13/0) was obtained. The agreement MCMI-III personality questionnaire (SCID-II) in the diagnosis of personality disorders, the highest and lowest rates of borderline personality disorder with clinical groups to agree on 66/0, and dependent personality disorder /004 is; Also, the highest and lowest rates of avoidant personality disorder with an agreement in nonclinical on 46/0, and dependent personality disorder /006 respectively. The results of the measures of personality traits for the MCMI-III, including positive predictive power (PPP) in the range of 95/0 to 15/0, negative predictive power (NPP) from 94/0 to 35/0 and also the recognition of the the range of 99/0 to 41/0 was. According to the findings, it should be stated that the MCMI-III in terms of psychometric properties, in general, can and validate the performance evaluation and diagnosis of personality disorders to be considered.

Keywords: Psychometric characteristics, MCMI-III, Personality Inventory (SCID-II), personality disorders

استفاده قرار گرفت. آنالیز آماری داده‌ها نشان داد که پایایی MCMI-III به روش آلفای کرونباخ (۰/۹۴ - ۰/۵۵) و پایایی به روش کودر - ریچاردسون، ۰/۹۴ می‌باشد. روایی هم‌زمان MCMI-III با پرسشنامه شخصیت (SCID-II) (۰/۴۹ - ۰/۱۳) به‌دست آمد. میزان توافق MCMI-III با پرسشنامه شخصیت (SCID-II) در تشخیص اختلالات شخصیت، به ترتیب بیشترین و کمترین میزان توافق در گروه بالینی مربوط به اختلال شخصیت مرزی با ۰/۶۶، و اختلال شخصیت وابسته با ۰/۰۴ می‌باشد؛ همچنین به ترتیب بیشترین و کمترین میزان توافق در گروه غیربالینی مربوط به اختلال شخصیت اجتنابی با ۰/۴۶، و اختلال شخصیت وابسته با ۰/۰۶ برآورد شد. نتایج به‌دست آمده از خصیصه‌های عامل برای مقیاس‌های شخصیت MCMI-III، شامل توان پیش‌بینی مثبت (PPP) در دامنه ۰/۹۵ تا ۰/۱۵، توان پیش‌بینی منفی (NPP) از ۰/۹۴ تا ۰/۳۵ و همچنین توان تشخیص کل در دامنه ۰/۹۹ تا ۰/۴۱ قرار گرفت. با عنایت به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان اذعان داشت که MCMI-III از منظر مشخصات روان‌سنجی، به‌طور کلی می‌تواند ابزاری معتبر و پایا در ارزیابی و کارایی تشخیصی اختلالات شخصیت به‌حساب آید.

واژه‌های کلیدی: مشخصات روان‌سنجی، آزمون بالینی چندمحوری میلون - ۳، پرسشنامه شخصیت (SCID-II)، اختلالات شخصیت

مقدمه

آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ (میلون، ۱۹۹۴؛ ۲۰۱۵؛ میلون، گروسمن و میلون، ۲۰۱۵)، یکی از مهم‌ترین ابزارهای سنجش عینی نشانگان بالینی مطرح شده در محور I و اختلالات شخصیت مطرح شده در محور II راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ ۲۰۱۳) است. نسخه اصلی MCMII توسط تئودور میلون (۱۹۷۷) تدوین و ارائه شد. این آزمون به منظور عملیاتی کردن مدل آسیب‌شناسی روانی میلون ساخته شده و دو بار به- موازات تغییرات در نظریه میلون و همچنین DSM-IV-TR تجدیدنظر شده است (میلون، ۱۹۷۷؛ ۱۹۸۷؛ ۱۹۹۴؛ MCMII-III، ۲۰۱۶؛ میلون و گروسمن، ۲۰۱۵؛ چوکا و گروسمن، ۲۰۱۵؛ میلون، گروسمن و میلون، ۲۰۱۵). اختلال شخصیت عبارت است از، تجارب درون‌ذهنی و رفتاری بادوامی که دور از معیارهای فرهنگی فرد است، نفوذی غیرقابل انعطاف دارد، از نوجوانی و جوانی شروع می‌شود، در طول زمان تغییر نمی‌کند، و موجب ناخوشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال شخصیت در دو حوزه از چهار حوزه زیر تظاهر می‌کند: شناخت، عاطفه‌مندی، کارکرد بین‌فردی، و یا کنترل‌تکانه (سادوک و سادوک، ۱۳۹۵؛ کرینگ، جانسون، دیویسون و نیل، ۱۳۹۷؛ گنجی، ۱۳۹۵؛ بارلو و دیورند، ۱۳۹۵). اختلال شخصیت اختلالی شایع و مزمن است؛ میزان شیوع آن در جمعیت عمومی ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده می‌شود و علایم آن در طی چند دهه تظاهر می‌کند. اختلال شخصیت عامل زمینه‌ساز سایر اختلالات روان‌پزشکی (مانند مصرف‌مواد، خودکشی، اختلالات خلقی، اختلالات کنترل‌تکانه، اختلالات خوردن و اختلالات اضطرابی) است و در نتایج درمانی بسیاری سندرم‌های بالینی تداخل نموده و میزان از کار افتادگی، بیماری‌ها و مرگ‌ومیر این مبتلایان را افزایش می‌دهد (سادوک و سادوک، ۱۳۹۵). با توجه به معیارهای تشخیصی اختلالات شخصیت، می‌توان مشاهده نمود که علائم و نشانه‌های آن‌ها، با یکدیگر هم‌پوشی فراوان دارد، بنابراین تمایز قائل شدن بین آن‌ها دشوار است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ زیمرمن، ۱۹۹۴). حتی متخصصان هم در تشخیص‌گذاری بین این اختلالات مشکل دارند و به همین دلیل در بسیاری از موارد برای یک فرد، بیش از یک اختلال مشخص می‌کنند (دولان، ایوانز و نورتون، ۱۹۹۵). به علاوه، متخصصان بالینی

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMII-III)
2. Grossman
3. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders
4. Choca
5. Sadocks & Sadocks
6. Kring, Johnson, Davison & Neale
7. Barlow & Durand
8. Zimmeraman
9. Dolan, Evans & Norton

اغلب در مورد نوع اختلال شخصیت یک بیمار با هم توافق ندارند (اشتاینر، تبس، ۲۰۱۳ ویدیگر و کوستا، ۱۹۹۴؛ ماهر و ماهر، ۱۹۹۴؛ لنزنگر و میلر و همکاران، ۲۰۰۷؛ ویدیگر و ترول، ۲۰۰۷؛ دولان و همکاران، ۱۹۹۵).

نخستین مرحله در درمان اختلال‌های روان‌پزشکی، تشخیص درست و پایا به‌منظور برنامه‌ریزی طرح درمان مناسب می‌باشد. تصمیم‌گیری درباره این‌که بهترین شیوه رفتار با بیمار روانی کدام است، مستلزم ارزیابی عینی شخصیت وی می‌باشد. شناخت شخصیت در بسیاری از موارد موجب روشن شدن علل بیماری‌های روانی، گسترش و تجلیات آن‌ها می‌شود. اهمیت کاربرد آزمون‌های روانی در کلینیک‌های روان‌پزشکی نیز از همین جهت می‌باشد. (مارنات، ۱۳۹۰؛ گنجی، ۱۳۹۴). آزمون‌ها را در صورتی می‌توان به‌عنوان ابزارهای مفید برای ارزیابی و تشخیص به‌کار برد که استاندارد بوده و پایایی و روایی داشته باشند. به‌همین خاطر متخصصان بالینی باید پیش از استفاده از یک آزمون روانی، جهت‌گیری نظری آن، ملاحظات عملی، مناسب بودن گروه نمونه هنجاریابی و کافی بودن پایایی و روایی آن را مورد بررسی قرار دهند و آن را درک کنند (مارنات، ۱۳۹۰). برای سنجش و تشخیص بیماری‌های روانی و اختلالات شخصیت، روش‌های مختلفی از جمله مصاحبه، مشاهده، خودسنجی و غیره وجود دارد که در این میان روش‌های سنجش عینی به‌لحاظ دقت و عینیت آن‌ها کاربرد بیشتری پیدا کرده‌اند. به‌دلیل آن‌که تشخیص اکثر روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی در ایران، بیشتر براساس ملاک‌های ذهنی صورت می‌گیرد و کمتر از آزمون‌های استاندارد برای تشخیص اختلالات روانی استفاده می‌کنند و حتی اگر هم از آزمون‌ها استفاده کنند یا استاندارد نبوده و یا فاقد هنجاریابی می‌باشند. به‌همین خاطر تشخیص‌ها از دقت پایینی برخوردار هستند. از این‌رو طبیعی است که مسأله اساسی و دغدغه‌ی پژوهشگر، ارزیابی مشخصات روان‌سنجی آزمونی معتبر در زمینه سنجش اختلالات روانی و پُرکردن خلاء به‌وجود آمده باشد، و به‌همین منظور، MCMI-III به‌خاطر محبوبیت و دامنه‌ی کاربردی گسترده‌ی آن انتخاب گردید.

در میان آزمون‌های عینی شخصیت که کارآموزان بالینی باید با آن‌ها آشنا شوند، مدیران برنامه‌های آموزش بالینی، این آزمون را از نظر اهمیت دومین آزمون پس از MMPI^۱ یا MMPI-2^۲ رتبه‌بندی کرده‌اند (پیوتروسکی و زالوسکی، ۱۹۹۳). شهرت این آزمون بیشتر به‌لحاظ

1 Steiner & Tebes

2 Widiger & Costa

3 Maher & Maher

13. Lensovanger & Miller

14. Widiger & Trull

15. Dolan

1. Marnat

2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory

کاربرد آن در کشورهای مختلف و ترجمه آن به زبان‌های گوناگون است. از برخی جهات، MCMII جانشین یا حتی رقیبی برای MMPI به‌شمار می‌رود. هر دو ابزار دامنه‌ی گسترده‌ای از آسیب‌شناسی بزرگسالان - الگوهای پایدار شخصیت و نشانه‌شناسی بالینی را پوشش می‌دهند. از سایر جهات، MCMII به‌خوبی مکمل MMPI است، زیرا MMPI در اصل بر اختلال‌های محور I تأکید دارد اما MCMII به‌طور اخص برای کمک به تشخیص اختلال‌های محور II طراحی شده است. یک امتیاز مهم MCMII این است که به‌طور قابل توجهی از MMPI-2 کوتاه‌تر است (۱۷۵ ماده در برابر ۵۶۷ ماده) و دیگر این‌که دامنه‌ی گسترده‌ای از اطلاعات را فراهم می‌سازد (مارنات، ۱۳۹۰). MCMII آزمون‌ی است که از نظر صرفه‌جویی زمانی نسبتاً کارآمد بوده و بالقوه دامنه گسترده‌ای از اطلاعات را فراهم می‌سازد. اهمیت اصلی آن در این است که این اطلاعات نه تنها بر نشانه‌شناسی بالینی (محور I)، بلکه بر اختلال‌های شخصیتی پایدارتر و بالقوه مشکل‌آفرین‌تر (محور II) نیز تأکید دارد. این اختلال‌های شخصیت ممکن است اغلب نادیده گرفته شده باشند. متخصصان ممکن است آن‌ها را نادیده بگیرند زیرا (الف) مراجع بیشتر امکان دارد که درباره نشانه‌های آشکارتر ابراز نگرانی کند و (ب) سبک‌های شخصیت اغلب نهفته‌تر بوده و باید استنباط شوند. مراجعان خود ممکن است نسبت به سبک‌های شخصیتی ناآگاه باشند، زیرا این سبک‌ها به اندازه‌ای خودکار و غیرارادی شده‌اند که بازشناسی آن‌ها دشوار است. آن‌ها ممکن است درد هیجانی نشانه‌ها را احساس کنند اما نسبت به الگوهای تکراری رفتارها و شناخت‌هایی که اغلب زیربنای رشد و دوام این نشانه‌ها به‌شمار می‌روند، به‌ندرت آگاهی دارند (جیمز و همکاران، ۲۰۱۷؛ میلون و گروسمن، ۲۰۱۵). بنابراین، در سنجش عینی که به‌منظور فهم بهتر کژکاری شخصیت طراحی شده، MCMII جایگاه بسیار حساسی را به‌خود اختصاص داده است. از این آزمون گاهی در ارزیابی‌های عصب‌روانی استفاده می‌شود تا نقش الگوهای شخصیتی پایدار از اختلالات خلقی گذرا که با آسیب مغزی همراه می‌باشد متمایز گردد. از این آزمون می‌توان در موارد فوق استفاده کرد:

- ۱- ارزیابی اختلالات بالینی ۲- ارزیابی صفات شخصیتی ۳- ارزیابی نشانگان بالینی ۴- ارزیابی نتایج درمان ۵- پژوهش‌های بالینی (میلون و گروسمن، ۲۰۱۵؛ مارنات، ۱۳۹۰؛ شریفی، ۱۳۹۷).

در مورد پایایی MCMII-III، پنج مجموعه داده وجود دارد که فاصله بازآزمایی در این مطالعه از ۵ روز تا ۶ ماه است. برای مقیاس‌های اختلال شخصیت همبستگی‌های متوسطی از ۰/۵۸ (افسردگی) تا ۰/۹۳ (افسردگی) با متوسط ۰/۷۸ به‌دست آمده است. در مورد مقیاس‌های نشانگان بالینی همبستگی‌های متوسطی از دامنه ۰/۴۴ (فشار روانی پس از ضربه) تا ۰/۹۵ (افسردگی اساسی) با متوسط ۰/۸۰ به‌دست آمده است (کریگ، ۱۹۹۹ الف). پایایی مقیاس‌ها در مطالعه هنجاریابی MCMII-III به فاصله زمانی ۵ تا ۱۴ روز ($N = ۸۷$) از دامنه ۰/۸۲ (مقیاس بدنمایی)

3. James

1. Neuropsychological Evaluations

تا ۰/۹۶ (شبه جسمی) با متوسط ۰/۹۰ برای تمام مقیاس‌ها گزارش شده است (کریگ و اولسان؛ ۱۹۹۸). ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌ها در مطالعه هنجاریابی MCMI-III در دامنه‌ی ۰/۹۰ (اختلال افسردگی اساسی) تا ۰/۶۶ (اختلال شخصیت وسواسی) گزارش شده است (میلون، ۱۹۹۴). هر چند پژوهش‌های اندکی در مورد پایایی مقیاس‌های MCMI-III وجود دارد، اما شواهد مقدماتی حاکی از بهبود در ثبات در اکثر مقیاس‌هاست (کریگ، ۱۹۹۹ الف؛ کریگ، ۱۹۹۹ ب).

MCMI در اصل یک ابزار تشخیصی برای ارزیابی اختلالات شخصیت است. از این‌رو قسمت عمده پژوهش‌های MCMI به پژوهش در مورد روایی همزمان و همگرا در ارزیابی اختلالات شخصیت پرداخته‌اند (میلون، ۱۹۹۴؛ کریگ، ۱۹۹۹ الف؛ چوکا و وندنبرگ، ۱۹۹۷). MCMI روایی همگرایی متوسطی با پرسشنامه‌های خودسنجی مشابه نشان می‌دهد؛ اما با مقیاس‌های درجه‌بندی روان‌پزشکی با ساختار، روایی همگرایی پایین نشان می‌دهد (مارنات، ۱۳۹۰). بررسی کلارک و همکاران (۱۹۹۷)، درباره همگرایی میان مصاحبه‌ها و پرسشنامه‌ها در تشخیص اختلال‌های شخصیت، همگرایی ضعیفی بین پرسشنامه‌ها و مصاحبه‌های بالینی و سازمان‌یافته به‌دست آورده است (کاپا = ۰/۲۷).

چوکا و وندنبرگ (۱۹۹۷)، در مطالعه‌ای توان پیش‌بینی مثبت (PPP) مقیاس‌های MCMI-I را در دامنه‌ای از ۰/۱۹ تا ۰/۸۴ برآورد کردند. میلون در مطالعه هنجاریابی MCMI-II (۱۹۸۷)، PPP مقیاس‌ها را در دامنه‌ای از ۰/۵۸ تا ۰/۸۰ قرار داد و توان پیش‌بینی منفی (NPP) را در دامنه‌ای از ۰/۹۳ تا ۰/۹۸ و توان تشخیصی کل مقیاس‌ها را در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۷ گزارش کرد. میلون (۱۹۹۴)، PPP مقیاس‌های شخصیتی MCMI-III را در دامنه‌ای از ۰/۰۰ تا ۰/۳۲ گزارش کرد. رتزلاف (۱۹۹۶)، PPP را برای مقیاس‌های شخصیتی MCMI-III با استفاده از داده‌های میلون محاسبه کرد. متأسفانه، ارزش‌های PPP به‌طور باور نکردنی برای اختلالات محور II پایین و در دامنه‌ای از ۰/۰۷ تا ۰/۳۲ با متوسط ۰/۱۸ و برای مقیاس‌های اختلالات محور I در دامنه‌ای از ۰/۱۵ تا ۰/۵۸ برآورد شد.

در پژوهش چگینی، دلاور و غرابی (۱۳۹۲)، تحلیل داده‌ها نشان داد که پایایی این پرسشنامه به روش آزمون - با آزمون در گروه بالینی (۰/۷۹۳-۰/۶۱۱) و در گروه غیربالینی (۰/۹۷۲-۰/۷۹۵)؛ و پایایی به روش آلفای کرونباخ (۰/۸۹-۰/۶۴) است. توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌های شخصیتی (۰/۴۷-۰/۱۳) و مقیاس‌های بالینی (۰/۷۸-۰/۳۳)، توان پیش‌بینی منفی آزمون (۰/۹۹-۰/۹۱) و توان تشخیص کل (۰/۹۷-۰/۷۷) به‌دست آمد. در محاسبات تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی

2. Olson

3. Clark

4. Choca & Van Denburg

5. Retzlaff

و چرخش واریماکس ۹ عامل با ارزش ویژه بیشتر از یک به‌دست آمد که عبارتند از: پریشانی هیجانی، انتساب به‌خود/فرافکنی پارانوئید، اعتیاد به‌مواد، الکلیسم، عدم کنترل هیجانی/مشکلات بازداری، نشخوار فکری، اجتماع‌گرایی، تروما/ضربه روانی و انفعال.

در مطالعه شریفی (۱۳۸۱)، همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است. همچنین، پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شد و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۵ (اختلال وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از ضربه) به‌دست آمده است. در این پژوهش، روایی مقیاس‌های MCMIII از طریق روایی تشخیصی^۱ و با محاسبه خصیصه‌های عامل^۲ (توان پیش‌بینی مثبت، توان پیش‌بینی منفی و توان پیش‌بینی کل) به‌دست آمده است. روایی تشخیصی تمام مقیاس‌های MCMIII بسیار خوب برآورد شده است. از نظر توان تشخیصی کل، مقیاس شخصیت سادیستیک (6B) با بیشترین توان (۰/۹۸) در صدر و مقیاس شخصیت منفی‌گرا (8A) با کمترین توان (۰/۹۲) در انتها قرار دارد؛ همچنین مقیاس اختلال هذیانی (PP) با بیشترین توان پیش‌بینی مثبت (۰/۸۳) در صدر و مقیاس شخصیت نمایشی (۴) با کمترین توان پیش‌بینی مثبت (۵۷/۷) در پایین‌ترین حد قرار گرفته است. از نظر توان پیش‌بینی منفی، مقیاس اختلال اضطراب (A) با توان (۰/۹۹) در صدر و مقیاس منفی‌گرا (8A) با توان (۰/۹۳) در انتها قرار گرفته است. همچنین در این مطالعه، برای خصیصه‌های عامل مقیاس‌های شخصیت MCMIII، به‌طور مشترک مقیاس اختلال شخصیت مرزی (C) و اختلال شخصیت ضداجتماعی (6A) با بیشترین توان پیش‌بینی مثبت (۰/۷۵) در صدر و مقیاس اختلال شخصیت نمایشی (3) با کمترین توان (۰/۵۸) در پایین‌ترین حد قرار گرفته است؛ از نظر توان پیش‌بینی منفی، و اختلال شخصیت ضداجتماعی (6A) با بیشترین توان (۰/۹۸) در صدر و مقیاس اختلال شخصیت منفی‌گرا (8A) با کمترین توان (۰/۹۳) در انتها قرار دارد؛ همچنین مقیاس اختلال شخصیت آزارگر (6B) با بیشترین توان تشخیص کل (۰/۹۸) در صدر و مقیاس اختلال شخصیت منفی‌گرا (8A) با کمترین توان (۰/۹۲) در پایین‌ترین حد قرار گرفته است.

در مطالعه خواجه‌موگهی (۱۳۷۲)، ضریب پایایی مقیاس‌های MCMII به روش بازآزمایی با فاصله ۷ تا ۱۰ روز از دامنه ۰/۷۸ (نمایشی) تا ۰/۸۷ (اختلال هذیانی) به‌دست آمده است. در این پژوهش، میانگین همسانی درونی به روش KR-20 در تمام مقیاس‌ها با دامنه‌ای از ۰/۶۹ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۲ (مرزی) با متوسط ۰/۸۴ گزارش شده است. همچنین در این پژوهش، توان پیش‌بینی مثبت (PPP) مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۳۰ (اختلال هذیانی) تا ۰/۸۵ (ضداجتماعی) و

1. Discriminant Validity
2. Operating Characteristic

توان تشخیصی کل مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۷۲ (وابسته) تا ۰/۹۸ (وابستگی به الكل) محاسبه شد.

افخم ابراهیمی و صالحی (۱۳۷۹)، با اجرای MCMI-II در مورد ۱۴۰ بیمار سرپایی در تهران و انجام مصاحبه بالینی و سازمان‌یافته به بررسی میزان توافق مصاحبه بالینی و سازمان‌یافته با MCMI-II پرداخته‌اند. نتایج به دست آمده همگرایی متوسطی (ضریب کاپا = ۰/۴۶) را بین دو نوع مصاحبه با MCMI-II نشان داده است.

زمانی ما می‌توانیم از یک ابزار بالینی با اطمینان خاطر در یک جامعه استفاده کنیم، که متناسب با فرهنگ آن جامعه ویرایش، و در آن جامعه هنجاریابی شده باشد. عدم وجود ابزارهای تشخیص معتبر در کشور و همچنین نداشتن هنجارهای مناسب برای تشخیص بیماری‌های روان‌پزشکی و از جمله اختلالات شخصیت، ضرورت و اهمیت انجام پژوهش در این زمینه را آشکار می‌سازد. در این پژوهش، پژوهشگر تلاش خواهد کرد تا به ارزیابی مشخصات روان‌سنجی این آزمون بپردازد و این امر گامی به سوی پژوهش و به تبع آن شناخت بیشتر اختلال‌های روان‌پزشکی می‌باشد؛ در همین راستا، سوال‌های پژوهش عبارت‌اند از:

- ۱- پایایی مقیاس‌های MCMI-III در نمونه مورد مطالعه چقدر است؟
- ۲- آیا مقیاس‌های شخصیت MCMI-III با ملاک SCID-II معتبر و روا هستند؟
- ۳- میزان توافق مقیاس‌های شخصیت MCMI-III با SCID-II در تشخیص اختلالات شخصیت رضایت‌بخش می‌باشد؟
- ۴- روایی تشخیصی مقیاس‌های شخصیت MCMI-III به چه صورت می‌باشد؟

روش

با توجه به ماهیت عنوان پژوهشی و اهداف مورد نظر، این مطالعه در زمره طرح‌های پژوهشی کاربردی و شیوه اجرای آن زمینه‌یابی (پیمایشی) از نوع مقطعی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده دو گروه آزمودنی‌های غیربالینی و بالینی بوده است. گروه غیربالینی شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های آزاد اسلامی شهر کرمانشاه می‌باشد. گروه بالینی شامل تمامی مراجعینی بوده که به مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه مراجعه کرده و نیازمند خدمات بالینی و مشاوره‌ای بوده‌اند. حجم نمونه براساس پژوهش‌های قبلی و با در نظر گرفتن تعداد تقریبی جامعه آماری محاسبه گردید؛ و در نهایت ۳۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد شهر کرمانشاه با نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده به عنوان نمونه مورد ارزیابی انتخاب شدند. نمونه بالینی، شامل ۱۶۰ نفر (پسر و دختر) از افراد وابسته به مواد (با در نظر گرفتن این‌که کلیه افراد دارای شرایط اولیه آزمون، یعنی حداقل ۸ کلاس سواد و ۱۸ سال سن باشند) در سال ۹۲-۹۳

انتخاب شدند. با توجه به این که در این پژوهش، تنوع گروه‌های تشخیصی بسیار با اهمیت بود (براساس ۲۴ مقیاس در MCMIII) جهت انتخاب نمونه بالینی از نمونه‌گیری هدفمند استفاده گردید. همچنین در گروه نمونه، از مجموع تعداد ۵۱۰ پرسشنامه تکمیل شده، ۷۰ پرسشنامه فاقد اعتبار کافی برای بررسی و تجزیه و تحلیل آماری تشخیص داده شد و در نهایت، تعداد ۴۴۰ پرسشنامه دارای ملاک‌های اعتبار بود و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها به منظور ارزیابی مشخصات روان‌سنجی آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ از سه ابزار استفاده شد که به شرح زیر می‌باشد:

۱. **آزمون بالینی چندمحوری میلون - ۳ (MCMIII):** نسخه اصلی این آزمون توسط میلون (۱۹۹۷) تدوین شد؛ و از آن زمان تاکنون دو بار تجدید نظر شده است. این آزمون، یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی / خیر است که اجرای آن بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه زمان می‌برد؛ و برای افراد بزرگسال بالاتر از ۱۸ سال با سطح سواد تقریباً هشت کلاس، که برای درمان یا ارزیابی روانشناختی به کلینیک‌های سلامت روان مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود. گستره نمرات در مقیاس‌های شخصیت و نشانگان بالینی میلون از صفر تا ۱۱۵ است و نمرات خام به نمرات آهنگ پایه تبدیل می‌شوند. نقطه‌های برش ۷۵ تا ۸۵ به‌عنوان الگوها و سبک‌های شخصیتی و نقطه برش ۸۵ به بالا به‌عنوان نشانه اختلال شخصیت به‌شمار می‌روند. نسخه فعلی MCMIII، تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و براساس طبقه‌بندی‌های زیر نمره‌گذاری می‌شود: شاخص‌های تغییرپذیری، الگوهای شخصیت بالینی، آسیب‌شناسی شدید شخصیت، نشانگان بالینی و نشانگان شدید. مقیاس‌ها، به‌همراه ماده‌های تشکیل دهنده آن‌ها، با نظریه شخصیت میلون و DSM-IV همخوانی دارند. MCMIII در مجموع ۲۴ مقیاس بالینی و ۴ شاخص روایی دارد. از مجموع این ۲۴ مقیاس، ۱۴ مقیاس آن به سنجش اختلالات شخصیت بر اساس محور II، DSM-IV می‌پردازند و ۱۰ مقیاس دیگر نشانگان بالینی را بر اساس محور I، DSM-IV می‌سنجند (درموند، شپریز و جونز، ۲۰۱۶؛ استارک و میلون، ۲۰۰۷؛ مارنات، ۱۳۹۰؛ شریفی، ۱۳۹۷). ارزیابی که توسط میلون (۱۹۹۴)، انجام گرفته، نشان می‌دهد که در مجموع میزان پایایی MCMIII، ۰/۷۸ می‌باشد. همچنین پایایی به روش بازآزمایی با فاصله زمانی بین ۵ روز تا ۴ ماه، با متوسط ۰/۷۸ گزارش شده است (استارک و میلون، ۲۰۰۷). در ضمن روایی آزمون در مقایسه با آزمون MMPI با مقایسه با عوامل مشترک مورد سنجش، مورد ارزیابی قرار گرفته است؛ میزان همبستگی این دو آزمون از ۰/۷۵ به بالا گزارش شده است (مارنات، ۱۳۹۰).

1. Drummond, Sheperis & Jones
2. Strack

۲. پرسشنامه شخصیتی (SCID-II): این پرسشنامه توسط فرست و همکاران (۱۹۹۵؛ به نقل محمدخانی، ۱۳۸۹)، تهیه شده است. این پرسشنامه شخصیتی ۱۱۹ سؤالی به‌عنوان یک ابزار غربالگری می‌باشد که برای پاسخ دادن به سؤالات حداقل به هشت کلاس سواد نیاز دارد (همان‌طور که طبق فرمول فلخ کین کائید تعیین شده است) و قابلیت خود - گزارشی بله یا خیر دارد، که برای ارزیابی ۱۰ اختلال شخصیتی موجود در محور II، DSM-IV به انضمام اختلال شخصیت NOS (اختلال شخصیتی که به‌گونه دیگر تعریف نشده است) تحت پوشش قرار می‌دهد. افزون بر آن، اختلال شخصیت منفعل - پرخاشگر و اختلال شخصیت افسرده، که در ضمیمه B در DSM-IV (مجموعه ملاک‌ها و اطلاعاتی که برای مطالعات وسیع‌تر است) قرار دارند را نیز می‌توان به‌وسیله SCID-II تشخیص‌گذاری کرد (محمدخانی، ۱۳۸۹). پایایی SCID-II با روش بین آزمونگر سنجیده شده و برای اکثر تشخیص‌های آن کاپای بالای ۰/۷ به‌دست آمده، ولی به روش آزمون - بازآزمون با مصاحبه‌های مستقل، کاپای پایین‌تری به‌دست آمده است (تمنایی‌فر، محمدخانی و پورشهباز، ۱۳۸۷). شریفی (۲۰۰۴؛ به نقل شکیبا، محمدخانی، پورشهباز و مشتاق بیدختی، ۱۳۸۹)، این آزمون را روی نمونه ۲۲۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (اعتبار بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی نیز خوب گزارش شد (کاپای مجموع برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به‌دست آمد). نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که اعتبار قابل قبول و قابلیت اجرای مطلوب آن، می‌تواند اطمینان کاربرد آن را به متخصصان بالینی و پژوهشگران بدهد.

۳. پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک: این پرسشنامه جمعیت‌شناختی، شامل ده سؤال برای سنجش متغیرهای دموگرافیکی مانند جنسیت، سن، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی - اجتماعی (SES) خانواده، وضعیت تحصیلی آزمودنی، وضعیت شغلی آزمودنی، وضعیت شغلی پدر و مادر و وضعیت تحصیلی والدین را شامل می‌شود که توسط پژوهشگران طراحی شده است.

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها

طبقه‌بندی، پردازش و آنالیز آماری داده‌های به‌دست آمده، جهت ارزیابی مشخصات روان‌سنجی آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 انجام گرفت. به‌همین منظور ابتدا به توصیف شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، درصد) پرداخته شد و سپس با روش آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، کای دو (X^2) و ضریب کاپا) داده‌ها مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند. برای محاسبه‌ی تعیین ضرایب پایایی MCMI-III از روش‌های

3. Structural Clinical Interview of Assessing Axis II

4. First

5. Flesch - Kincaid

ضریب آلفای کرونباخ و کودر - ریچاردسون (KR-20) به کار گرفته شد؛ برای تعیین سنجش روایی ملاکی MCMIII از روش روایی هم‌زمان، و همچنین به منظور برآورد تعیین روایی سازه MCMIII از روش روایی تشخیصی استفاده گردید.

یافته‌ها

براساس نتایج به دست آمده، جدول ۱، ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌های پژوهش را نشان می‌دهد. در گروه بالینی مقیاس‌های شخصیت MCMIII، بیشترین میانگین مربوط به مقیاس اسکیزوتایپال با ۶۸/۱۵ و انحراف معیار ۲۶/۹۹، و کمترین میانگین مربوط به مقیاس وابسته با ۳۲/۴۹ و انحراف معیار ۲۴/۵۶ می‌باشد؛ همچنین در گروه غیربالینی مقیاس‌های شخصیت MCMIII، بیشترین میانگین مربوط به مقیاس اسکیزوتایپال با ۴۷/۶۷ و انحراف معیار ۲۴/۱۵؛ و کمترین میانگین مربوط به مقیاس وابسته با ۲۰/۵۴ و انحراف معیار ۱۶/۴۲ بود. متوسط ضریب اعتبار کودر - ریچاردسون (KR-20)، برای MCMIII، ۰/۹۴ گزارش شد.

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌های پژوهش (n=۴۴۰)

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۲۳۳	۰/۵۳
	زن	۲۰۷	۰/۴۷
سن	۱۹ تا ۲۱	۱۸	۴/۱
	۲۲ تا ۲۴	۹۲	۲۰/۹
	۲۵ تا ۲۷	۱۴۵	۰/۳۳
	۲۸ به بعد	۱۸۵	۰/۴۲
وضعیت تأهل	مجرد	۲۲۳	۵۰/۷
	متأهل	۱۴۶	۳۳/۲
	جدا شده	۲۴	۵/۵
	مطلقه	۴۶	۱۰/۵
	بیوه	۱	۰/۲
وضعیت اقتصادی خانواده	تا ۷۰۰	۷۹	۰/۱۸
	۷۰۰ تا ۹۰۰	۱۲۷	۲۸/۹
	۹۰۰ تا ۱۱۰۰	۱۳۰	۲۹/۵
	۱۱۰۰ و بالاتر	۱۰۳	۲۳/۴
وضعیت تحصیلی آزمودنی	کاردانی	۹۴	۲۱/۴
	کارشناسی	۲۳۰	۵۲/۳
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۷۱	۱۶/۱

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
وضعیت شغلی آزمودنی	کارمند	۱۶۰	۳۶/۴
	آزاد	۷۹	۰/۱۸
	بیکار	۲۰۱	۴۵/۷
وضعیت شغلی پدر	کارمند	۲۰۰	۴۵/۵
	آزاد	۲۲۲	۵۰/۵
	بیکار	۱۸	۴/۱
وضعیت شغلی مادر	کارمند	۹۲	۲۰/۹
	آزاد	۲۳	۵/۲
	بیکار	۳۲۵	۷۳/۹
وضعیت تحصیلی پدر	پایین تر از دیپلم	۲۲۸	۵۱/۸
	دیپلم	۱۰۵	۲۳/۹
	کاردانی	۶۳	۱۴/۳
	کارشناسی	۴۱	۹/۳
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۳	۰/۷
وضعیت تحصیلی مادر	پایین تر از دیپلم	۳۰۳	۶۸/۹
	دیپلم	۷۴	۱۶/۸
	کاردانی	۳۳	۷/۵
	کارشناسی	۲۹	۶/۶
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱	۰/۲

در جدول ۲، ضریب آلفای کرونباخ MCMI-III را نشان می‌دهد؛ همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، آلفای کرونباخ MCMI-III، در دامنه‌ای از ۰/۹۴ (اختلال استرس پس از ضربه) تا ۰/۵۵ (اختلال شخصیت نمایشی) به دست آمد.

جدول ۲: ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های MCMI-III

مقیاس‌ها	علامت اختصاری	تعداد سؤال‌ها	ضریب آلفا	* ضریب آلفای میلون در MCMI-III
شخصیت اسکیزوئید	1	۱۶	۰/۶۶	۰/۸۱
شخصیت اجتنابی	2A	۱۶	۰/۶۸	۰/۸۹
شخصیت افسرده	2B	۱۵	۰/۸۷	۰/۸۹
شخصیت وابسته	3	۱۶	۰/۷۷	۰/۸۵
شخصیت نمایشی	4	۱۷	۰/۵۵	۰/۸۱

مقیاس‌ها	علامت اختصاری	تعداد سؤال‌ها	ضریب آلفا	ضریب آلفای میلون در MCMII-III*
شخصیت خودشیفته	5	۲۴	۰/۷۸	۰/۶۷
شخصیت ضداجتماعی	6A	۱۷	۰/۷۴	۰/۷۷
شخصیت دیگرآزار	6B	۲۰	۰/۸۳	۰/۷۹
شخصیت وسواسی	7	۱۷	۰/۶۵	۰/۶۶
شخصیت منفی‌گرا	8A	۱۶	۰/۸۲	۰/۸۳
شخصیت خودآزار	8B	۱۵	۰/۷۲	۰/۸۷
شخصیت اسکیزوتایپال	S	۱۶	۰/۸۲	۰/۸۵
شخصیت مرزی	C	۱۶	۰/۸۱	۰/۸۵
شخصیت پارانوئید	P	۱۷	۰/۷۶	۰/۸۴
اختلال اضطراب	A	۱۴	۰/۸۵	۰/۸۶
اختلال شبه‌جسمی	H	۱۲	۰/۸۰	۰/۸۶
اختلال مانیک	N	۱۳	۰/۷۳	۰/۷۱
اختلال افسرده‌خویی	D	۱۴	۰/۸۵	۰/۸۸
اختلال وابستگی به الکل	B	۱۵	۰/۶۶	۰/۸۲
اختلال وابستگی به مواد	T	۱۴	۰/۷۳	۰/۸۳
اختلال استرس پس‌ازضربه	R	۱۶	۰/۹۴	۰/۸۹
اختلال تفکر	SS	۱۷	۰/۸۸	۰/۸۷
اختلال افسردگی اساسی	CC	۱۷	۰/۸۷	۰/۹۰
اختلال هذیانی	PP	۱۳	۰/۶۸	۰/۷۹
روایی	V	۳	-	-
مطلوبیت	Y	۲۱	۰/۷۱	۰/۸۵
بدنمایی	Z	۳۳	۰/۹۳	۰/۹۵
افشاگری	X	در دست نیست	-	-

*تنظیم از میلون (۱۹۹۴)

در جدول ۳، روایی ملاکی هم‌زمان را نشان می‌دهد؛ همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، میزان همبستگی بین دو روش تشخیص یعنی براساس SCID-II و MCMII-III معنی‌دار می‌باشد و در دامنه‌ای از ۰/۴۹ (اختلال شخصیت مرزی) تا ۰/۱۳ (اختلال شخصیت نمایشی) به‌دست آمد.

جدول ۳: روایی ملاکی هم‌زمان مقیاس‌های MCMIII با مقیاس‌های SCID-II

مقیاس‌ها	2A (۲)	2A (۲)	2B (۲)	3 (۲)	4 (۲)	5 (۲)	6A (۲)	7 (۲)	8A (۲)	S (۲)	C (۲)	P (۲)
(۱) 1	۰/۲۵											
(۱) 2A	۰/۳۳											
(۱) 2B		۰/۳۶										
(۱) 3			۰/۳۲									
(۱) 4				۰/۱۳								
(۱) 5					۰/۳۰							
(۱) 6A						۰/۴۱						
(۱) 7							۰/۱۷					
(۱) 8A								۰/۳۲				
(۱) S									۰/۲۶			
(۱) C										۰/۴۹		
(۱) P											۰/۳۹	

MCMIII (۱) SCID-II (۲) $P < ۰/۰۰۱$ N= ۴۴۰

برای تعیین میزان توافق MCMIII با SCID-II از ضریب کاپا استفاده شد. جدول ۴، میزان توافق مقیاس‌های شخصیت MCMIII با SCID-II در تشخیص اختلال شخصیت را نشان می‌دهد؛ همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، به ترتیب بیشترین و کمترین میزان توافق در گروه بالینی مربوط به اختلال شخصیت مرزی با ۰/۶۶، و اختلال شخصیت وابسته با ۰/۰۴ می‌باشد؛ همچنین به ترتیب بیشترین و کمترین میزان توافق در گروه غیربالینی مربوط به اختلال شخصیت اجتنابی با ۰/۴۶، و اختلال شخصیت وابسته با ۰/۰۶ برآورد شد.

جدول ۴: میزان توافق بین تشخیص حاصل از MCMIII و SCID-II برای خرده مقیاس‌ها

گروه	مقیاس‌ها	X ²	Sig	Kappa
بالینی	اختلال شخصیت اسکیزوئید	۸/۷۳	۰/۰۳	۰/۲۰
غیربالینی	اختلال شخصیت اسکیزوئید	۳۶/۵۳	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۲۴
بالینی	اختلال شخصیت اجتنابی	۱۸/۹۶	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۳۶
غیربالینی	اختلال شخصیت اجتنابی	۸۵/۴۶	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۴۶
بالینی	اختلال شخصیت افسرده	۲/۰۵	۰/۱۵	۰/۸۷
غیربالینی	اختلال شخصیت افسرده	۷/۷۴	۰/۰۵	۰/۱۲
بالینی	اختلال شخصیت وابسته	۰/۲۷	۰/۶۰	۰/۰۴

Kappa	Sig	X ²	مقیاس‌ها	گروه
/۰۰۶	۰/۲۰	۱/۶۳	اختلال شخصیت وابسته	غیربالینی
/۰۳۰	۰/۶۵	۰/۱۹	اختلال شخصیت نمایشی	بالینی
۰/۳۵	P<۰/۰۰۱	۴۷/۸۶	اختلال شخصیت نمایشی	غیربالینی
/۰۶۶	/۰۹۳	۲/۸۲	اختلال شخصیت خودشیفته	بالینی
/۰۶۹	/۰۰۸	۶/۹۷	اختلال شخصیت خودشیفته	غیربالینی
۰/۳۹	P<۰/۰۰۱	۱۸/۸۵	اختلال شخصیت ضداجتماعی	بالینی
۰/۳۱	P<۰/۰۰۱	۴۶/۴۲	اختلال شخصیت ضداجتماعی	غیربالینی
/۰۳۹	۰/۲۴	۱/۳۵	اختلال شخصیت وسواسی	بالینی
/۰۴۲	/۰۴۲	۴/۱۳	اختلال شخصیت وسواسی	غیربالینی
۰/۳۳	P<۰/۰۰۱	۱۷/۱۳	اختلال شخصیت منفی‌گرا	بالینی
۰/۱۷	P<۰/۰۰۱	۲۵/۹۰	اختلال شخصیت منفی‌گرا	غیربالینی
/۰۶۸	۰/۲۳	۱/۴۰	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال	بالینی
/۰۸۳	/۰۰۲	۹/۴۵	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال	غیربالینی
۰/۶۶	P<۰/۰۰۱	۵۲/۶۵	اختلال شخصیت مرزی	بالینی
۰/۴۵	P<۰/۰۰۱	۹۲/۱۴	اختلال شخصیت مرزی	غیربالینی
۰/۳۸	P<۰/۰۰۱	۲۳/۴۰	اختلال شخصیت پارانوئید	بالینی
۰/۲۰	P<۰/۰۰۱	۳۰/۹۸	اختلال شخصیت پارانوئید	غیربالینی

در جدول ۵، تعریف‌ها و فرمول‌های محاسبه‌ای این ویژگی‌ها، نشان داده شده است، و ضریب کاپا (K) که میزان توافق بین ابزار تشخیصی را نیز نشان می‌دهد، محاسبه گردیده است.

جدول ۵: مشخصه‌های عملکرد تشخیصی

نتیجه آزمون	بالینی	غیربالینی	
+	a	b	a+b
-	c	d	c+d
	a+c	b+d	N

$$\frac{a}{a+c} = \text{حساسیت}$$

$$\frac{d}{b+c} = \text{ویژگی}$$

$$\frac{a}{a+b} = \text{توان پیش‌بینی مثبت}$$

$$\frac{d}{d+c} = \text{توان پیش‌بینی منفی}$$

$$\frac{a+d}{N} = \text{توان تشخیصی کل}$$

جدول ۶، روایی تشخیصی مقیاس‌های شخصیت MCMIII برای گروه بالینی را نشان می‌دهد؛ همان‌طور که در جدول ۶ آمده است، از نظر حساسیت، مقیاس اختلال شخصیت مرزی (C) با بیشترین توان (۰/۵۱) در صدر و مقیاس اختلال شخصیت وابسته (3) با کمترین توان (۰/۰۷۴۰) در انتها قرار دارد؛ همچنین مقیاس اختلال شخصیت مرزی (C) با بیشترین توان پیش‌بینی مثبت (۰/۹۵) در صدر و مقیاس اختلال شخصیت وابسته (3) با کمترین توان (۰/۱۵) در پایین‌ترین حد قرار گرفته است؛ از نظر توان پیش‌بینی منفی، مقیاس اختلال شخصیت وابسته (3) با بیشترین توان (۰/۹۴) در صدر و مقیاس اختلال شخصیت خودشیفته (5) با کمترین توان (۰/۳۵) در انتها قرار دارد؛ همچنین مقیاس اختلال شخصیت وسواسی (7) با بیشترین توان تشخیصی کل (۰/۹۹) در صدر و مقیاس اختلال شخصیت خودشیفته (5) با کمترین توان (۰/۴۱) در پایین‌ترین حد قرار گرفته است.

جدول ۶: خصیصه‌های عامل مقیاس‌های شخصیت MCMIII برای گروه بالینی

مقیاس‌ها	علامت اختصاری	شیوع (درصد)	حساسیت	ویژگی	توان پیش‌بینی مثبت PPP	توان پیش‌بینی منفی NPP	توان تشخیصی کل CI
شخصیت اسکیزوئید	1	۰/۲۴	۰/۱۹	۰/۹۸	۰/۸۰	۰/۷۹	۰/۷۹
شخصیت اجتنابی	2A	۰/۱۰	۰/۳۵	۰/۹۸	۰/۷۲	۰/۹۲	۰/۸۶
شخصیت افسرده	2B	۰/۱۴	۰/۰۹۵۲	۰/۹۳	۰/۴۲	۰/۸۶	۰/۸۳
شخصیت وابسته	3	۰/۰۶۱۳	۰/۰۷۴۰	۰/۹۷	۰/۱۵	۰/۹۴	۰/۹۲
شخصیت نمایشی	4	۰/۲۱	۰/۴۴	۰/۹۵	۰/۶۲	۰/۸۴	۰/۸۱
شخصیت خودشیفته	5	۰/۶۷	۰/۱۴	۰/۹۶	۰/۸۷	۰/۳۵	۰/۴۱
شخصیت ضداجتماعی	6A	۰/۲۷	۰/۳۶	۰/۹۵	۰/۷۳	۰/۸۰	۰/۷۹
شخصیت وسواسی	7	۰/۶۲	۰/۰۷۷۲	۰/۹۹	۰/۸۴	۰/۶۲	۰/۹۹
شخصیت منفی‌گرا	8A	۰/۴۵	۰/۲۴	۰/۹۷	۰/۸۷	۰/۶۱	۰/۶۵
شخصیت اسکیزوتایپال	S	۰/۳۰	۰/۰۷۶۹	۰/۹۸	۰/۶۶	۰/۷۲	۰/۷۲
شخصیت مرزی	C	۰/۴۲	۰/۵۱	۰/۸۳	۰/۹۵	۰/۷۴	۰/۷۹
شخصیت پارانوئید	P	۰/۱۸	۰/۴۳	۰/۹۹	۰/۸۹	۰/۸۷	۰/۷۵

جدول ۷، روایی تشخیصی مقیاس‌های شخصیت MCMIII برای گروه غیربالینی را نشان می‌دهد؛ همان‌طور که در جدول ۷ آمده است، از نظر حساسیت، مقیاس اختلال شخصیت مرزی (C) با بیشترین توان (۰/۴۲) در صدر و مقیاس اختلال شخصیت وابسته (3) با کمترین توان (۰/۰۵۸۸) در انتها قرار دارد؛ همچنین مقیاس اختلال شخصیت مرزی (C) با بیشترین توان پیش‌بینی مثبت (۰/۹۶) در صدر و مقیاس اختلال شخصیت وابسته (3) با کمترین توان (۰/۱۷) در پایین‌ترین حد قرار گرفته است؛ از نظر توان پیش‌بینی منفی، مقیاس اختلال شخصیت وابسته (3) با بیشترین توان (۰/۹۵) در صدر و مقیاس اختلال شخصیت خودشیفته (5) با کمترین توان (۰/۳۹) در انتها قرار دارد؛ همچنین مقیاس اختلال شخصیت اجتنابی (2A) و مقیاس اختلال شخصیت وابسته (3) به‌طور مشترک با بیشترین توان تشخیصی کل (۰/۹۴) در صدر و مقیاس اختلال شخصیت خودشیفته (5) و مقیاس اختلال شخصیت وسواسی (7) به‌طور مشترک با کمترین توان (۰/۴۳) در پایین‌ترین حد قرار گرفته است.

جدول ۷: خصیصه‌های عامل مقیاس‌های شخصیت MCMIII برای گروه غیربالینی

توان تشخیص کل CI	توان پیش‌بینی منفی NPP	توان پیش‌بینی مثبت PPP	ویژگی	حساسیت	شیوع (درصد)	علامت اختصاری	مقیاس‌ها
۰/۸۱	۰/۸۱	۰/۸۲	۰/۹۹	۰/۱۹	۰/۲۳	1	شخصیت اسکیزوئید
۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۸۳	۰/۹۹	۰/۳۴	۰/۰۸۸۳	2A	شخصیت اجتنابی
۰/۸۷	۰/۸۹	۰/۴۰	۰/۹۸	۰/۱۰	۰/۱۲	2B	شخصیت افسرده
۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۱۷	۰/۹۸	۰/۰۵۸۸	۰/۰۵۱۹	3	شخصیت وابسته
۰/۸۱	۰/۸۴	۰/۶۵	۰/۹۴	۰/۳۶	۰/۲۲	4	شخصیت نمایشی
۰/۴۳	۰/۳۹	۰/۸۵	۰/۹۶	۰/۱۳	۰/۶۴	5	شخصیت خودشیفته
۰/۸۰	۰/۸۱	۰/۷۶	۰/۹۷	۰/۲۷	۰/۲۴	6A	شخصیت ضداجتماعی
۰/۴۳	۰/۴۱	۰/۸۳	۰/۹۸	۰/۰۷۵۷	۰/۶۱	7	شخصیت وسواسی
۰/۶۴	۰/۶۲	۰/۸۹	۰/۹۸	۰/۱۷	۰/۴۲	8A	شخصیت منفی‌گرا
۰/۷۴	۰/۷۴	۰/۷۵	۰/۹۹	۰/۰۶۷۴	۰/۲۷	S	شخصیت اسکیزوتایپال
۰/۷۷	۰/۷۳	۰/۹۶	۰/۹۹	۰/۴۲	۰/۳۹	C	شخصیت مرزی
۰/۷۵	۰/۷۵	۰/۸۸	۰/۹۹	۰/۱۶	۰/۲۹	P	شخصیت پارانوئید

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در راستای ارزیابی مشخصات روان‌سنجی آزمون بالینی چندمحوری میلون - ۳ می‌باشد. یکی از موضوعات مهم در اندازه‌گیری روانشناختی، یافتن ابزارهای مستقل و دارای نتایج

یکسان برای ارزیابی یک ساختار است. این پژوهش برای پر کردن جای خالی ابزارهای معتبر در زمینه تشخیص و ارزیابی پاسخ به درمان در افراد مبتلا به اختلالات شخصیت انجام شده است تا بستری مناسب برای پژوهش، تشخیص، ارزیابی و درمان بهتر در این زمینه فراهم شود. از آنجایی که اختلال‌های شخصیت کل ساختار موجودیت فرد را دربر می‌گیرند، معمولاً متخصصان بالینی آن‌ها را دشوارترین اختلال‌های روان‌پزشکی برای ارزیابی، تشخیص و درمان می‌دانند. اختلال شخصیت ماهیتاً از قابلیت درمان و تغییرپذیری (هرچند سخت و دشوار) برخوردار است و این کار از نظر علمی امکان‌پذیر می‌باشد، به شرط آنکه تشخیصی صحیح و پایا صورت گیرد (سرابی و صادقی، ۱۳۹۷).

برای تعیین پایایی از دو روش آلفای کرونباخ و کودر - ریچاردسون (20 - KR) مورد استفاده قرار گرفت؛ که نتایج آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های MCMIII، هم‌سو با ضرایب آلفای گزارش شده توسط سازنده آزمون، میلون (۱۹۹۴)، میلون و گروسمن، (۲۰۱۵)، استارک و میلون، (۲۰۰۷)، و شریفی (۱۳۸۱) می‌باشد. نکته شایان ذکر این‌که، محاسبه همسانی درونی (کودر - ریچاردسون) برای MCMIII در پژوهش‌های پیشین وجود نداشت. به‌طور خلاصه، با توجه به نتایج به‌دست آمده در مورد پایایی MCMIII در پژوهش حاضر و با عنایت به نتایج تحقیقات و پژوهش‌های انجام شده توسط محققان دیگر، آزمون هدف از پایایی مطلوبی برخوردار است.

نتایج روایی ملاکی هم‌زمان MCMIII با پرسشنامه شخصیت (SCID-II)، از ۰/۴۹ برای اختلال شخصیت مرزی تا ۰/۱۳ برای اختلال شخصیت نمایشی قرار گرفت. قوانین انعطاف‌ناپذیری در خصوص بزرگی ضریب اعتبار که معنادار باشد، وجود ندارد. در عمل، فرد به‌ندرت ضریب اعتبار بزرگ‌تر از ۰/۶۰ را می‌بیند و ضریب اعتبار در دامنه‌ی ۰/۳۰ تا ۰/۴۰ به‌طور معمول بالا به‌حساب می‌آیند (کاپلان و ساکوزو، ۱۳۸۸). بنابراین روایی ملاکی هم‌زمان این پژوهش به‌طور کلی خوب برآورد شد. در این خصوص نیز پژوهش‌های خارجی و داخلی یافت نشد که نتایج روایی ملاکی هم‌زمان را با آن‌ها مطابقت دهیم.

بررسی یافته‌ها، میزان توافق نسبتاً خوب و متوسطی را میان MCMIII با SCID-II در تعیین نوع اختلال شخصیت نشان می‌دهد؛ دلایل گوناگونی را می‌توان برای تبیین این یافته مطرح نمود. نخست آن‌که ملاک‌های تشخیصی SCID-II بر پایه معیارهای DSM-IV انجام گردیده و بازتاب یک دیدگاه تجربی هستند؛ در صورتی که مقیاس‌های MCMIII بر پایه نظریه میلون درباره شخصیت ساخته شده‌اند و بازتاب یک دیدگاه نظری می‌باشند (چوکا و وندنبرگ، ۱۹۹۷؛ چوکا و گروسمن، ۲۰۱۵؛ میلون و گروسمن، ۲۰۱۵). تبیین دیگر آن است که همگرایی دو ابزار

1. Kaplan & Sakvzv
2. Choca & Van Denburg

ارزیابی ممکن است به دلیل بهره‌گیری از یک رویکرد مبتنی بر ملاک (با پرسش‌های ویژه‌ای که برای هر ملاک DSM-IV ساخته شده، مانند SCID-II) و یا یک رویکرد کلی‌تر (که در آن مجموعه‌ای از ملاک‌ها و نه یک ملاک ویژه برای هر تشخیص تعیین شده، مانند MCMI-III) کم برآورد شده باشد. یافته‌ها با نتایج کلارک و همکاران (۱۹۹۷)، افخم ابراهیمی و صالحی (۱۳۷۹) و فرست و همکاران (۱۹۹۵؛ به نقل محمدخانی، ۱۳۸۹) هم‌سوئی دارد.

به‌طور کلی توان پیش‌بینی مثبت در دامنه‌ای از (۰/۷۰ و بالاتر) خوب، (۶۹ تا ۵۰) متوسط و (زیر ۵۰) را ضعیف می‌دانند (چوکا و وندنبرگ، ۱۹۹۷). بر این اساس، توان پیش‌بینی مثبت تمام مقیاس‌های شخصیت (به جز اختلال شخصیت افسرده و اختلال شخصیت وابسته) متوسط و خوب برآورد شد. توان پیش‌بینی منفی تمام مقیاس‌های شخصیت به میزان قابل قبولی مطلوب می‌باشند و توان تشخیص کل تمام مقیاس‌های شخصیت به‌طور کلی خوب و رضایت‌بخش است. یافته‌ها با نتایج میلون (۱۹۹۴)، برای توان پیش‌بینی منفی (NPP) و توان تشخیص کل، و شریفی (۱۳۸۱) هم‌سوئی دارد. اما با نتایج میلون (۱۹۹۴)، و رتزلاف (۱۹۹۶)، برای توان پیش‌بینی مثبت (PPP) هماهنگی ندارد، چرا که توان‌های پیش‌بینی مثبت مقیاس‌های شخصیت MCMI-III آن‌ها ضعیف گزارش شده است.

نتایج این پژوهش در راستای بررسی‌های ارائه شده، گویای مشخصات روان‌سنجی معتبر و مطلوب MCMI-III می‌باشد، و می‌تواند برای استفاده از ارزیابی‌های تشخیصی، درمانی و پژوهشی اختلالات شخصیت کاربرد داشته باشد. در مجموع یافته‌های به‌دست آمده، علاوه بر پایایی آزمون، توانسته است روایی MCMI-III را در دو وجه ملاک هم‌زمان و تشخیصی نمایان سازد و پشتوانه مناسبی به‌لحاظ عملی برای MCMI-III در نمونه‌های ایرانی فراهم آورد. هرچند که اتکا به این داده‌ها میسر نیست، مگر آنکه پژوهش‌های آتی در دیگر جمعیت‌ها بدان بیبوند؛ تازه پویایی علم، مجال درنگ و اتکا مستمر به یافته‌های هرچند قوی را نمی‌دهد، پس پژوهش کنونی تنها دریچه است و نه بیشتر.

این پژوهش، همانند هر کار علمی دیگر با تنگناها و محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است؛ به‌همین خاطر لازم است به محدودیت‌های پژوهش نیز اشاره شود تا با در نظر گرفتن آن‌ها نتایج پژوهش‌های آتی کاربردی‌تر و پُربارتر صورت گیرد. با توجه به اینکه نمونه مورد پژوهش از جامعه دانشجویی و کلینیک‌های ترک اعتیاد (نمونه محدودی از جامعه بالینی) انتخاب شده است، بدین‌سان پایایی و روایی ارائه شده در این پژوهش مختص جمعیت دانشجویی و افراد وابسته به‌مواد می‌باشد، بنابراین قابل تعمیم به جامعه‌های آماری دیگر نمی‌باشد؛ لذا در صورت استفاده از آن در سطوح دیگر جامعه باید احتیاط لازم به‌عمل آید. به‌خاطر حجم زیاد کار، امکان بررسی سایر انواع روایی، نظیر روایی ملاکی پیش‌بین، روایی سازه همگرا، افتراقی و ساختار عاملی فراهم نشد. بر مبنای مشخصات روان‌سنجی MCMI-III می‌توان پیشنهاد نمود که از این آزمون در گستره‌ای

از موقعیت‌های بالینی، آموزشی و پژوهشی، بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های روان‌پزشکی و مراکز مشاوره به‌کار گرفته شود. می‌توان با به‌کارگیری MCMII-III به‌همراه مصاحبه بالینی ساختاریافته به تشخیصی پایا و جامع دست یافت. همچنین از این آزمون می‌توان برای سرنده افراد بالینی از غیربالینی به‌خوبی استفاده، و برای رهنمود مشاوره پیش از ازدواج جهت شناسایی صفات و رگه‌های شخصیتی (شرح ویژگی‌های روانشناختی فرد) بهره‌جست. پیشنهاد می‌نماییم در پژوهش‌های آینده، به‌منظور سنجش روایی ملاکی هم‌زمان، و روایی تشخیصی MCMII-III، با آزمون‌های MMPI-2، SWAP-200 و PAI مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با استفاده از نظریات جدید اندازه‌گیری (IRT) در خصوص MCMII-III و MCMII-IV انجام شود.

منابع فارسی

- افخم ابراهیمی، عزیزه، صالحی، منصور. (۱۳۷۹). بررسی توافق مصاحبه‌های بالینی و سازمان‌یافته با آزمون MCMII-III در تشخیص اختلال‌های شخصیت. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۶(۳ و ۲)، ۷۹-۸۶.
- بارلو، دیوید و دیورند، وی. (۱۳۹۵). *آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5*. (ترجمه مهرداد فیروزبخت). تهران: انتشارات رسا.
- تمنایی‌فر، شیما، محمدخانی، پروانه، پورشهباز، عباس. (۱۳۸۷). رابطه همبندی اختلالات شخصیت کلاستر B و اختلال افسردگی اساسی با عود افسردگی. *مجله توانبخشی*، ۹(۳ و ۲)، ۶۲-۵۷.
- چگینی، مریم، دلاور، علی، غرایبی، بنفشه. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون - ۳. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۸(۲۲)، ۱۶۴-۱۳۷.
- خواجه موگهی، ناهید. (۱۳۷۲). *آماده‌سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون - ۲ در شهر تهران*. رساله کارشناسی ارشد. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- سادوک، بنیامین جیمز، سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۱۳۹۴). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی*. (جلد دوم) (ترجمه فرزین رضاعی). تهران: انتشارات ارجمند.
- سرابی، پیام، صادقی، خیرالله. (۱۳۹۷). بررسی میزان توافق آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ با پرسشنامه شخصیتی (SCID-II) در تشخیص اختلالات شخصیت. *رویش روانشناسی*، ۷(۱۰)، ۱۳۱-۱۴۷.
- شریفی، علی اکبر (۱۳۹۷). *راهنمای ام. سی. ام. آی (میلون-۳)*. تهران: انتشارات روان‌سنجی.

- شریفی، علی اکبر. (۱۳۸۱). **هنجاریابی آزمون بالینی چندمحوری میلون - ۳ در شهر اصفهان**. رساله کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
- شکیبا، شیما، محمدخانی، پروانه، پورشهباز، عباس، مشتاق بیدختی، نهاله. (۱۳۸۹). اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی بر کاهش شدت افسردگی و مشکلات بین‌فردی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال‌های شخصیت خوشه C. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲(۴)، ۲۹-۴۰.
- کاپلان، روبرت، ساکوزو، دنیس. (۱۳۸۸). **روان‌آزمایی**. (ترجمه علی دلاور، فریبرز دُر تاج و نورعلی فرخی). تهران: انتشارات ارسباران.
- گنجی، حمزه. (۱۳۹۴). **آزمون‌های روانی (مبانی نظری و عملی)**. تهران: انتشارات ساوالان.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۵). **آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5**. تهران: انتشارات ساوالان.
- مارنات، گری گراث. (۱۳۹۰). **راهنمای سنجش روانی**. (جلد اول) (ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو). تهران: انتشارات سخن.
- محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۹). **مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM-IV-TR**. تهران: دانژه

References

- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)**. 5th ed. American Psychiatric Pub.
- Choca, J. P., & Van Denburg, E. (1997). **Interpretative Guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory** (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Choca, J., & Grossman, S. (2015). Evolution of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 541-549.
- Clark, L. A., Livesley, W., & Morey, I. (1997). Special feature: personality disorder assessment. The challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders*, 11, 250-231.
- Craig, R. J. (1999 a). Overview and current status of the Millon clinical Multiaxial inventory. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 390-406.
- Craig, R. J. (1999 b). *MCMIII*. In S. Strack (Ed.) *Essentials of Millon inventories assessment*, New York: Willy.

- Craig, R. J., & Olson, R. (1998). Stability of the MCMI-III in substae-abusinginpatient sample. *Psychologid Reports*, 83,1273-1274.
- Dolan, B., Evans, C., & Noron, k. (1995). Multiple Axis-II Diagnosis of Personality Disorder, *Brit. J. Psychiat*, 166: 107-112.
- Dolan, B., Evans, C., & Norton, K. (1995). Multiple Axis-II Diagnosis of Personality Disorder, *Brit. J. Psychiat*, 166. 107-112.
- Drummond, R., Sheperis, C., & Jones, K. (2016). **Assessment procedures for counselors and helping professionals**. Boston: Pearson Education Inc.
- James, M., & Lightfoot, J. R. (2017). Critical Analysis of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *International Journal of Scientific & Engineering Research*, 8(1), 1397-1399.
- Lensovanger, R.W., & Miller, B.L. (2007). Loos of cells-loos of self: Frontotemporal lobar degeneration and human emotion. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 286-294.
- Maher, B. A., & Maher, W. B. (1994). Personality & Psychopathology: A Historical Perspective, *J. Abnorm Psychol*, 103: 72-77.
- Millon Clinical Multiaxial Inventory-III Corrections Report. (2016). **Retrieved from Pearson Clinical:** <http://www.pearsonclinical.com/psychology/product/100000656/millonclinical-multiaxial-inventory-iii-corrections-report-mcmi-iii-correctionsreport.html>.
- Millon, T. (1977). **Millon Clinical Multiaxial Inventory Minneapolis**, MN: National Computer systems.
- Millon, T. (1987). **Manual For the MCMI-II (2nd ed)**. Minneapolis, MN: National Computer systems.
- Millon, T. (1994). **Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual**. Minneapolis, MN: National computer systems.
- Millon, T., & Grossman, S. (2015). **MCMI-IV: Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual**. Bloomington, MN: NCS Pearson.
- Millon, T., Grossman, S., & Millon, C. (2015). *MCMI-IV*. Pearson.
- Piotrowski, C., & Zalewski, C. (1993). Training in psychodiagnostic testing in APA-approved PsYD and PhD clinical traninig programs. *Journal of Personality Assessment*, 61,394-405.
- Retzlaff, P. (1996). MCMI-III validity: Bad test or bad validity study. *Journal of Personality Assessment*, 66,431-437.

- Steiner, J. L., & Tebes, J. K. (2013). A comparison of the Structured Clinical Interview for DSM-V and clinical diagnoses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 138, 365-369.
- Strack, S., & Millon, T. (2007). Contributions to the dimensional assessment of personality disorders using Millon's model and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III). *Journal of Personality Assessment*, 56-69.
- Watkins, C. E., Campbell, V. L., Nieberding, R., & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional psychology: Research and practice*, 26, 54-60.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71-83.
- Widiger, T. A., & Costa, P. T. (1994). Personality and Personality Disorder, *J. Abnormal Psychol*, 103: 78-91.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnostic Personality Disorders Are View of Issues and Research Methods, *Arch-Psychiat*, 51. 225-245.