



## بررسی میزان توافق مصاحبه‌های بالینی و سازمان یافته با آزمون MCMI-II در تشخیص اختلالات شخصیت

عزیزه افخم ابراهیمی\*، دکتر منصور صالحی\*\*\*

### چکیده

**هدف:** ابزارهای چندی برای ارزیابی اختلالات شخصیت در جمعیت‌های بالینی از جمله پرسشنامه‌های خود گزارشی و روشهای مصاحبه‌ای ساخته شده‌اند. پژوهشهای اندکی که همگرایی این روش‌ها را با یکدیگر مورد بررسی قرار داده‌اند توافق تشخیصی ضعیفی بین این ابزارها گزارش کرده‌اند. هدف این نوشتار بررسی میزان توافق دو روش مصاحبه بالینی و سازمان یافته با آزمون MCMI-II در تشخیص اختلالات شخصیت است. **روش:** ۱۴۰ بیمار سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه شهید اسماعیلی در سه مرحله به کمک مصاحبه بالینی و سازمان یافته و آزمون MCMI-II مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس شاخص‌های عملکرد تشخیصی MCMI-II و ضریب کاپا برای تعیین میزان توافق روشهای یاد شده محاسبه گردید. **یافته‌ها:** نتایج به دست آمده همگرایی متوسطی را بین دو نوع مصاحبه با آزمون MCMI-II نشان داد. تبیین‌های گوناگونی برای علت بالا نبودن همگرایی روشهای ارزیابی شخصیت مطرح می‌شود که در آن میان نارساییهای موجود در ساخت مجموعه ملاکهای محور II و مشکلات مربوط به ابزار سازی و مفهوم سازی آنها چشمگیرترند.

### کلید واژه: مصاحبه بالینی، مصاحبه سازمان یافته، آزمون MCMI-II، اختلالات شخصیت

#### مقدمه

از نظر شکل و محتوا به اندازه کافی متفاوت باشند که همگرایی آنها چیزی بیش از روایی "شکل‌های معادل" یا "آزمون - آزمون دوباره" را نشان دهد. یعنی هر قدر دو ابزار اندازه‌گیری از نظر شکل یا محتوا با یکدیگر هم‌پوشی داشته باشند، ارزیابی‌های به دست آمده مستقل تلقی نشده

یکی از موضوع‌های مهم در اندازه‌گیری روانشناختی یافتن ابزارهای مستقل و دارای نتایج یکسان برای ارزیابی یک ساختار است. به دست آوردن همگرایی میان ابزارهای ارزیابی مجزا دشوار است، زیرا این ابزارها باید

\*\*\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان آزادی، اول خیابان جمال زاده جنوبی، مرکز آموزشی - درمانی شهید اسماعیلی.

\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران کیلومتر ۶ جاده مخصوص کرج، مرکز آموزشی - درمانی شهید نواب صفوی.

و از این رو شواهد ضعیف‌تری از اعتبار همگرا را نشان می‌دهند. با وجود این، در برخی از قلمروهای روانشناختی (به عنوان مثال ارزیابی هوشی)، همچنین برای مقیاس‌های نشانگان بالینی معین (به عنوان مثال مقیاس درجه‌بندی هامیلتون برای افسردگی و پرسشنامه افسردگی بک) اعتبار همگرایی خوبی به دست آمده است. بنابراین یافتن اعتبار همگرا در قلمروی آسیب‌شناسی شخصیت نیز دارای اهمیت به شمار می‌رود (کلارک<sup>(۱)</sup>، لیوزلی<sup>(۲)</sup> و موری<sup>(۳)</sup>، ۱۹۹۷).

تشخیص اختلالاتی شخصیت به علت نگرانی‌هایی که درباره کفایت DSM-IV دیده می‌شود و هم روایی و اعتبار روش‌های دیگری که برای انجام چنین تشخیص‌هایی وجود دارد، حتی با توجه به قوانین طبقه‌بندی جاری کماکان جای بحث دارد (پیلکونیز<sup>(۴)</sup> و هیپ<sup>(۵)</sup>، پریواتی<sup>(۶)</sup>، ۱۹۹۵).

میزان تشخیص اختلالاتی شخصیت به دلیل ابزارهای گوناگون بکار برده شده و رغبت متخصصان به در نظر گرفتن این طبقه از بیماریها، متفاوت است. با وجود این بسیاری از پژوهشگران اختلالاتی شخصیت را بسیار شایع می‌دانند (آلتانس<sup>(۷)</sup> و تورگرسن<sup>(۸)</sup>، ۱۹۸۸ به نقل از هیلز<sup>(۹)</sup>، ۱۹۹۵).

با وجود آنکه تشخیص اختلالاتی شخصیت وقت گیر است اما لازم بنظر می‌رسد؛ زیرا بررسیها نشان داده‌اند که وجود همزمان یک اختلال شخصیت با یک اختلال محور I بر شیوه بروز، دوره و درمان این اختلال تأثیر می‌گذارد (ویدیگر<sup>(۱۰)</sup> و راجرز<sup>(۱۱)</sup>، ۱۹۸۹، وودی<sup>(۱۲)</sup> و همکاران، ۱۹۸۵ به نقل از همان جا).

ابزارهای چندی برای ارزیابی اختلالاتی شخصیت در جمعیت‌های بالینی از جمله پرسشنامه‌های خودگزارشی، مداد و کاغذی و مصاحبه‌های مستقیم با بیماران ساخته شده‌اند (لورنگر<sup>(۱۳)</sup> و همکاران، ۱۹۸۵؛ ویدیگر ۱۹۸۷؛ به نقل از برنشتاین<sup>(۱۴)</sup> و همکاران، ۱۹۹۷). در میان آزمونهایی که کاربرد گسترده‌ای برای این منظور داشته‌اند،

می‌توان از آزمونهای MMPI-PD و MCMI-II یاد کرد (وایز<sup>(۱۵)</sup>، ۱۹۹۶). عملکرد تشخیصی آزمونهای یاد شده به واسطه بررسی ارتباط میان یک شاخص روانسنجی برای یک اختلال معین و یک ملاک بیرونی برای اختلال مورد سنجش که معمولاً به کمک مصاحبه بالینی یا مصاحبه تشخیصی سازمان یافته تعیین شده است، مورد قضاوت قرار می‌گیرد (گنلن<sup>(۱۶)</sup>، ۱۹۹۶).

هر کدام از این روشها مزایا و نارساییهایی دارند و هیچ یک را نمی‌توان بهترین معیار دانست. با وجود این مصاحبه‌های سازمان یافته برای تشخیص اختلالاتی روانی به علت روایی بالایی که در بررسیهای طبقه بندی اخیر داشته‌اند از سایر روشها بهتر تشخیص داده شده‌اند (پیلکونیز و همکاران، ۱۹۹۵).

هنگامی که اختلالاتی شخصیت بدون بهره‌گیری از مصاحبه‌های سازمان یافته تشخیص داده شوند، روایی میان نمره‌گذاران ضعیف یا متوسط بوده است (شیا<sup>(۱۷)</sup> و همکاران ۱۹۹۰، مل سوپ<sup>(۱۸)</sup> و همکاران، ۱۹۸۲ به نقل از مافای<sup>(۱۹)</sup>، فوساتی<sup>(۲۰)</sup>، آگوستونی<sup>(۲۱)</sup>، ۱۹۹۷).

برای حل این مشکل مصاحبه‌های تشخیصی زیادی مانند SCID-II<sup>(۲۲)</sup> (اسپیترز<sup>(۲۳)</sup> و همکاران، ۱۹۹۰، به نقل از همان جا) ساخته شده‌اند. بررسیها نشان داده‌اند که SCID از روایی خوبی در میان نمره‌گذاران برخوردار است

1-Clark	2-Livesley
3-Morey	4-Pilkonis
5-Heape	6-Prioetti
7-Alnaes	8-Torgersen
9-Hills	10-Widiger
11-Rogers	12-Woody
13-Loranger	14-Bernstein
15-Wise	16-Ganelin
17-Shea	18-Melsop
19-Maffei	20-Fossati
21-Agostoni	
22-Structured Clinical Interview for DSM AxisII Disorders	
23-Spitzer	

(آرتز<sup>(۱)</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ بروکس<sup>(۲)</sup> و همکاران، ۱۹۹۱ به نقل از همان جا).

با وجود این، همه این روشهای ارزیابی بر پایه اطلاعات بدست آمده از بیماران درباره ویژگیهای شخصیتی ایشان و گزارشهای آنان از ارزیابی اختلال شخصیت تدوین شده‌اند، در حالی که ارزیابی شخصیتی بر پایه گزارش بیماران، روشی چندان آزمون شده نیست. در بررسیهایی که همگرایی ارزیابی شخصیت را در افراد عادی (غیر بیمار) مورد بررسی قرار داده‌اند عموماً اعتبار گزارشهای خودآزمودنیها را تأیید می‌کنند (مک کری<sup>(۳)</sup> و کاستا<sup>(۴)</sup>، ۱۹۸۹ به نقل از برنشتاین و همکاران، ۱۹۹۷). اما بر خلاف افراد عادی اعتبار گزارشهای بیماران روانی درباره کنش شخصیتی خود می‌تواند در اثر عوامل چندی مورد تردید قرار گیرد. افزون بر آن شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند این اثرات در پرسشنامه‌های شخصیتی خودگزارشی برجسته‌تر از مصاحبه‌ها هستند (زیمرمن<sup>(۵)</sup> و کوریل<sup>(۶)</sup>، ۱۹۹۰؛ به نقل از برنشتاین، ۱۹۹۷). به نظر زیمرمن (۱۹۹۴ به نقل از همان جا) بیماران دچار اختلال شخصیت ممکن است دارای بینش لازم برای ارزیابی درست ویژگیهای شخصیتی خود و پیامدهای آن باشند. شدلر<sup>(۷)</sup> و مانی<sup>(۸)</sup> (۱۹۹۳)، به نقل از مازلینگ<sup>(۹)</sup>، (۱۹۹۷) در بررسیهای چندی نشان دادند که شرکت کنندگان به دلایل مختلف گزارشهای مثبت نادرست از بهداشت روانی خود داده‌اند و تأثیر این شیوه پاسخ‌گویی را بر توان پیش بینی مقیاسهای خودگزارشی، به ثبوت رسانده‌اند.

پژوهشهای اندکی که همگرایی مصاحبه‌های سازمان یافته با پرسشنامه‌های خوداجرایی یا مصاحبه‌های بالینی را مورد بررسی قرار داده‌اند همگرایی ضعیفی بین این ابزارها گزارش نموده‌اند (پری<sup>(۱۰)</sup>، ۱۹۹۲ به نقل از کلارک و همکاران، ۱۹۹۷) و بیشتر تشخیص‌های عنوان شده بر اساس روش‌های گوناگون شباهتی به یکدیگر نداشته‌اند. با توجه به افزایش روزافزون تشخیص اختلالهای شخصیت در مراجعان روانپزشکی کشور و نارسایی

مصاحبه بالینی به عنوان تنها روش تشخیص این اختلالها و همچنین مغایرت نسبی تشخیص‌های عنوان شده از مصاحبه بالینی با آزمونهای روانشناختی به ویژه آزمون MCMI-II (افخم ابراهیمی، دانش‌آموز، ۱۳۷۸؛ غرایسی، افخم ابراهیمی، ۱۳۷۸) ضرورت ارزیابی روشها و ابزارهای تشخیصی موجود برای اختلالهای شخصیت احساس می‌شود. از آنجا که مصاحبه سازمان یافته وقت‌گیر است و به ندرت اجرا می‌شود، همچنین تاکنون پژوهشی درباره کارایی تشخیصی مصاحبه بالینی یا مقایسه آن با آزمون MCMI-II انجام نگرفته است، بررسی میزان توافق دو روش مصاحبه بالینی (مصاحبه روانپزشکی)، مصاحبه سازمان یافته و آزمون MCMI-II در تشخیص اختلالهای شخصیت محور II در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته است. بررسی کارایی تشخیصی آزمون MCMI-II نیز هدف دیگر بررسی حاضر است.

## روش

آزمودنیهای پژوهش را ۱۴۰ مراجع سرپایی (۷۲ مرد و ۶۸ زن) به درمانگاه شهید اسماعیلی در مدت ۱۸ ماه از فروردین ۷۸ تا شهریور ۷۹ تشکیل داده‌اند که در مصاحبه اولیه تشخیص احتمالی محور II (اختلالهای شخصیت) را دریافت کرده بودند. دامنه سنی آنان از ۱۸ تا ۴۷ سال بود. هیچیک از آنان ملاکهای اختلالهای پسیکوتیک، عضوی و یا بیماریهای بدنی شدیدی که دستگاه اعصاب خودمختار را تحت تأثیر قرار می‌دهند و ممکن است با تغییرات شخصیتی همراه باشند نداشتند. دست کم ۳۷ بیمار تشخیص اختلالهای محور I را نیز دریافت کرده بودند و ۱۰۳ بیمار باقیمانده تنها در محور II تشخیص داده شده بودند. تمام بیماران پس از اعلام همکاری و

1-Artz	2-Brooks
3-McCrae	4-Costa
5-Zimmerman	6-Coryell
7-Shedler	8-Mani
9-Masling	10-Perry

کسب اطمینان از رعایت مسائل اخلاقی (محرمانه بودن نام آنها) در پژوهش شرکت داده شدند.

اجرای پژوهش در چند مرحله انجام گرفت. در مرحله نخست مصاحبه بالینی غربالگری توسط یک دستیار و مدرس روانپزشکی درمانگاه با بیمار مشکوک به اختلال شخصیت انجام شد. پس از تعیین وجود و نوع اختلال شخصیت توسط این افراد، بیماران یکی یکی به مصاحبه کنندگان بعدی که یک روانشناس بالینی آموزش دیده و روانپزشک همکار تیم پژوهش بودند ارجاع می شدند. این مصاحبه کنندگان از نوع اختلال شخصیت آگاهی نداشتند. این مرحله شامل مصاحبه SCID-II (اسپیترز، ویلیامز و گسیون و همکاران، ۱۹۹۲) می شد. SCID-II یک پرسشنامه غربالگری ۱۲۴ سؤالی بله یا خیر است که در برگیرنده ۱۰۳ ملاک مربوط به ۱۱ اختلال شخصیت محور II در DSM-III-R است (بجروت<sup>(۱)</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). یک درجه بندی ۳ به ۱۱ ماده SCID-II (درجه ۱، در این مقیاس تعیین کننده نبود ملاک، درجه ۲ زیر آستانه ملاک تشخیصی، درجه ۳ آستانه ملاک تشخیصی را تشکیل می دهد)، نشان دهنده این است که شواهد کافی برای تشخیص یک اختلال شخصیت خاص وجود دارد. آنگاه روانپزشک و روانشناس بالینی پس از مصاحبه با هر بیمار (روانشناس بالینی و روانپزشک بطور متناوب مصاحبه را انجام می دادند و هر بار یکی از آنها تنها نقش مشاهده کننده را داشت) نوع اختلال شخصیت بیمار را به طور جداگانه درجه بندی می نمودند و تشخیص خود را در کنار شماره بیمار مربوطه می نوشتند (برای پرهیز از سوگیری مصاحبه کنندگان، هر یک از بیماران با شماره مشخص شده بودند). تشخیص قطعی نوع اختلال شخصیت بر پایه توافق هر دو نفر ارزیاب و نهایتاً نظر روانپزشک انجام می شد. سپس با بیماران یک قرار دیگر گذاشته می شد تا به کمک آزمونها مورد ارزیابی قرار گیرند. در مرحله سوم ارزیابی بیماران توسط آزمون MCMII-II انجام شد.

MCMII-II یک ابزار ۱۷۵ سؤالی خود گزارشی درست

و غلط است که مقیاسهای آن با تشخیصهای محور II در DSM-III-R ارتباطهایی را نشان می دهند. گستره نمره ها در مقیاسهای شخصیت میلون از صفر تا ۱۱۵ است و نمرات خام به نمرات مقیاس پایه تبدیل می شوند. نقطه های برش ۷۵ و ۸۵ به عنوان نشانه اختلال شخصیت به شمار می روند (تورگرسن و آلناتس، ۱۹۹۰؛ میلون<sup>(۲)</sup>، ۱۹۸۷).

گفتنی است که به دلیل در دسترس نبودن یافته های پژوهشی در زمینه اعتباریابی "نوع رمز"<sup>(۳)</sup>، همچنین این باور بیشتر پژوهشگران مبنی بر اینکه افراد به ندرت اختلالهای شخصیت خالص را نشان می دهند و تشخیص چند اختلال شخصیت فراواتر از یک اختلال شخصیت یا انواع خالص است (وایز و همکاران، ۱۹۹۶)، در بررسی حاضر نیز در صورت وجود چند تشخیص در MCMII-II، تشخیص نهایی بر اساس میزان توافق تشخیصهای MCMII-II با رمزهای گزارش شده در پیشینه پژوهش تعیین شدند (کرگ<sup>(۴)</sup>، ۱۹۹۹).

در پایان تشخیصهای عنوان شده در مصاحبه بالینی روانپزشکی با تشخیصهای بدست آمده از MCMII-II مقایسه شدند و مقیاسهای عملکرد تشخیصی محاسبه شدند. مقیاسهای عملکرد تشخیصی شامل حساسیت، ویژگی، توان پیش بینی کننده مثبت و منفی و سطح کلی توافق با ملاک خارجی (توان تشخیصی کلی) هستند.

منطق نظری و روشهای محاسبه ای برای تعیین این ویژگیها را گیبرتینی<sup>(۵)</sup> و همکاران (۱۹۸۶) به نقل از پیرسما<sup>(۶)</sup>، (۱۹۹۱) ارائه نموده اند. "حساسیت" به نسبت مثبت های درستی که توسط آزمون تشخیص داده شده اشاره دارد. در حالیکه "ویژگی" نسبت منفی های درست تشخیص داده شده توسط آزمون است. "توان پیش بینی کننده منفی" احتمال نبود بیماری را با شرط مثبت بودن نتیجه آزمون نشان می دهد. "پیش بینی کننده منفی"

1-Bejerot

2-Millon

3-code type

4-Craig

5-Gilbertini

6-Piersma

جدول ۲- مشخصه‌های عملکرد تشخیصی MCMI-II

		اختلالهای شخصیت		
نتیجه آزمون	مثبت	۹۶	۹	$a+b=105$
	منفی	۲۸	۷	$b+d=35$
		$a+c=124$	$b+d=16$	N

$$\text{حساسیت} = 77/4\%$$

$$\text{ویژگی} = 43/8\%$$

$$\text{توان پیش بینی کننده مثبت} = 91/4\%$$

$$\text{توان پیش بینی کننده منفی} = 20\%$$

$$\text{توان تشخیصی کلی} = 73\%$$

بحث

بررسی یافته‌ها، میزان توافق متوسطی را میان مصاحبه‌های روانپزشکی و ارزیابی روانشناختی (آزمون MCMI-II) در تعیین نوع اختلالهای شخصیت نشان می‌دهد. (ضریب کاپا = 0/46). با وجود این ضریب کاپا بالا نیست.

دلایل گوناگونی را می‌توان برای توجیه این یافته مطرح نمود. نخست آنکه تشخیص‌های روانپزشکی بر پایه معیارهای DSM انجام گردیده و بازتاب یک دیدگاه تجربی هستند؛ در صورتی که مقیاسهای آزمون MCMI-II بر پایه نظریه میلون درباره شخصیت ساخته شده‌اند و بازتاب یک دیدگاه نظری می‌باشند (چوکا<sup>(۴)</sup> و همکاران، ۱۹۹۷). بنابراین بنظر می‌رسد که ساختارهای پایه‌ای روش‌های ارزیابی شخصیت در پژوهش کاملاً یکسان نیستند.

تبیین دیگر آن است که همگرایی دو ابزار ارزیابی ممکن است به دلیل بهره‌گیری از یک رویکرد مبتنی بر ملاک (یا پرسشهای ویژه‌ای که برای هر ملاک DSM ساخته شده، مانند مصاحبه‌های سازمان یافته) و یا یک رویکرد کلی‌تر (که در آن مجموعه‌ای از ملاکها و نه یک ملاک ویژه

احتمال نبود بیماری را به شرط منفی بودن نتیجه آزمون نشان می‌دهد. "توان تشخیصی کلی" یک شاخص عمومی درست بودن طبقه بندی تشخیصی است. در جدول ۱ تعریف‌ها و فرمولهای محاسبه‌ای این ویژگی‌ها نشان داده شده است (گیبیرتینی و همکاران، ۱۹۸۶).

جدول ۱- مشخصه‌های عملکرد تشخیصی

اختلال

		نتیجه آزمون		
نتیجه آزمون	مثبت	a	b	$a+b$
	منفی	c	d	$b+d$
		$a+c$	$b+d$	N

ویژگی و توان پیش بینی کننده =  $a+b$

مثبت و منفی =  $b+d$

حساسیت =  $\frac{a}{a+c}$

ویژگی =  $\frac{d}{b+d}$

توان پیش بینی کننده مثبت =  $\frac{a}{a+b}$

توان پیش بینی کننده منفی =  $\frac{d}{c+d}$

توان تشخیصی کلی =  $\frac{a+d}{N}$

ویژگی‌های عملکرد تشخیصی ۱۴۰ بیمار مورد بررسی در جدول ۲ نشان داده شده است. برای تعیین میزان توافق مصاحبه سازمان یافته (تشخیص روانپزشک، درجه بندی کننده ۱) با آزمون MCMI-II (ارزیابی روانشناس، درجه بندی کننده ۲) به کمک نرم‌افزار EPI-6، ضریب کاپا<sup>(۱)</sup> محاسبه شد (جدول ۳).

ضریب کاپا یک آماره شبیه به مجذور خسی برای ارزیابی میزان توافق درصدی ساده میان چند ارزیاب است (کوهن<sup>(۲)</sup>، ۱۹۶۰؛ به نقل از کندال<sup>(۳)</sup> و همکاران، ۱۹۹۹).

برای هر تشخیص تعیین شده، مانند پرسشنامه‌های خود گزارشی) کم برآورد شده باشد.

جدول ۳ - میزان توافق مصاحبه سازمان یافته با MCMI-II

درجه بندی کننده ۱

A B

A	۱۰۲	۱۱
B	۱۲	۱۵

درجه بندی کننده ۲

وجود اختلال هدف = A

فقدان اختلال هدف = B

درجه بندی کننده ۱ = روانپزشک

درجه بندی کننده ۲ = روانشناس

توافق مشاهده شده: ۰/۸۳

توافق مورد انتظار تصادفی: ۰/۶۹

ضریب کاپا: ۰/۴۶

Andeshesh  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار  
۸۴

(بلز و همکاران، ۱۹۹۸، ۱۹۹۸) نیز همین یافته را تأیید نمود. به بیان دیگر بیشتر ملاکهای یاد شده توانایی اندکی در نشان دادن تفاوت اختلالات گوناگون شخصیت از یکدیگر داشته‌اند. بالا بودن روایی همگرا و پایین بودن روایی تفاوت گذارنده نشان می‌دهند که ابزارهای ارزیابی نمی‌توانند به درستی ساختارهای متفاوت را از یکدیگر متمایز کنند. بنابراین اگر مجموعه ملاکهای محور II به عنوان نشانگان تشخیصی در نظر گرفته شوند، هم پوشی گسترده میان تشخیص‌های محور II با هدفهای سنتی طبقه بندی مغایرت دارند؛ زیرا میان اختلالات به روشنی تفاوت نمی‌گذارند. افزون بر آن در DSM-III-R این دیدگاه که هر طبقه از اختلالات روانی ماهیتی جدا و مرز مشخصی دارد که آن را از سایر اختلالات روانی جدا می‌کند، وجود ندارد.

لیوسلی<sup>(۴)</sup> (۱۹۹۵ به نقل از بلز و همکاران، ۱۹۹۸) بر این باور است که تغییرات ایجاد شده در تجدید نظرهای DSM اندک است و DSM-IV نیز تفاوت کمی با پیشینیان خود دارد. از این رو بهره‌گیری از شیوه‌های روانسنجی مبتنی بر آزمایش برای به دست آوردن اطلاعات مطمئن‌تر و معنی دارتر درباره مجموعه ملاکهای اختلالاتی شخصیت پیشنهاد می‌شود.

هدف دیگر بررسی حاضر، تعیین کارایی تشخیصی آزمون MCMI-II بود. بررسی ویژگی‌های کارایی تشخیصی (جدول ۲) نشان می‌دهد که آزمون MCMI-II دارای حساسیت نسبتاً بالا است، اما ویژگی کافی و توان پیش بینی کننده مناسب را ندارد. یعنی این آزمون نمی‌تواند افرادی را که دچار اختلال نیستند، تشخیص دهد. برای از میان برداشتن این نارسایی در MCMI-II تجدید نظر شده (MCMI-III) برای پرسشهای همپوش، مقیاس‌ها کوتاه‌تر و نظام نمره دهی ساده‌تر شده است (وایزر، ۱۹۹۶).

با وجود این علیرغم همگرایی ضعیفی که میان

بررسی پری (۱۹۹۲) به نقل از کلارک و همکاران (۱۹۹۷) و کلارک و همکاران (۱۹۹۷) درباره همگرایی میان مصاحبه‌ها و پرسشنامه‌ها در تشخیص اختلالاتی شخصیت، همگرایی ناچیزی بین پرسشنامه‌ها و مصاحبه‌های بالینی و سازمان یافته، به دست آورده است (کاپا = ۰/۲۷).

از این رو بنظر می‌رسد تفاوت در رویکردهای ارزیابی یعنی "واریانس روش" تا اندازه‌ای سبب همگرایی‌های ضعیف میان مقیاس‌های گوناگون آسیب‌شناسی شخصیت باشد.

درجه بالای همپوشی میان اختلالاتی شخصیت در DSM نکته در خور توجه دیگری در تبیین یافته بالا است.

موری (۱۹۸۸) به نقل از بلز<sup>(۱)</sup>، و همکاران، (۱۹۹۸) نشان داد که ملاکهای محور II بطور کلی همگرایی کافی دارند (دارای روایی همگرا<sup>(۲)</sup> هستند) اما بسیاری از ملاکها از "روایی افتراقی<sup>(۳)</sup>" کافی برخوردار نیستند. بررسی دیگری

1-Blais

2-convergent validity

3-discriminant validity

4-Livesley

challenge of construct validity, *Journal of Personality Disorders*, 11,205-231.

Craig, R. J. (1999). *Interpreting personality tests*. NewYork: John Wiley and Sons.

Ganellen, R. J. (1996). Comparing the diagnostic efficiency of the MMPI, MCMI-II and Rorschach: A review. *Journal of Personality Assessment*, 67, 219-43.

Gibertini, M., Brandenburg, N. A., & Retzlaff, P.D. (1986). The operating characteristic of the MCMI-II. *Journal of Personality Assessment*, 50, 554-567.

Hills, H. A. (1995). Diagnosing personality disorders: an examination of MMPI-2 and MCMI-II. *Journal of Personality Assessment*, 65, 21-35.

Kendall, P. C. (1999). *Handbook of research methods in clinical psychology*. NewYork:, John Wiley and Sons Inc.

Maffei, C., Fossati, A., & Agostoni, I. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II, Personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 279-83.

Masling, J. (1997). On the nature and utility of projective tests and objective tests. *Journal of Personality Assessment*, 69, 257-270.

Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*. Minneapolis: NCS.

Piersma, H. L. (1991). The MCMI-II depressive scales. *Journal of Personality Assessment*, 56, 778-786.

Pilkonis, P. A., Heape, Carol, L., Prioretti, J. M. (1995).The reliability and validity of two structured

مصاحبه‌های بالینی و آزمونهای روانی گزارش شده (کلارک، ۱۹۹۷)، بلاشفیلد<sup>(۱)</sup> و لیوسلی (۱۹۹۱) به نقل از بلز، (۱۹۹۸)، بر این باورند که شباهتهای ساختاری و تحلیلی مهمی میان نظام‌های طبقه بندی روانپزشکی و آزمونهای روانشناسی به ویژه در زمینه شخصیت وجود دارد. از این رو بهره‌گیری از یک رویکرد ترکیبی در طبقه‌بندی که بازتاب در دیدگاه روانپزشکی و روشهای روانسنجی باشد، برتر از الگوی فعلی به نظر می‌رسد.

## منابع

افخم ابراهیمی، عزیزه؛ دانش آموز، بدری (۱۳۷۸). همبودی افسردگی و اختلالات شخصیت. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال پنجم، شماره ۳، ۲۹-۲۳.

غرایب، بنفشه؛ افخم ابراهیمی، عزیزه (۱۳۷۸). بررسی نوع رمزهای MCMI-II در گروهی از اختلالات محور یک. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۱ و ۲، ۹۲-۹۹.

Bernstein, D. P.,Kasapis,C., Bergman,A. (1997). Assessing axis II disorders by informant interview. *Journal of Personality Disorders*, 11, 158-167.

Bejerot, S., Ekselius, L., Knorrning, L. (1998). Comorbidity between obsessive compulsive disorder and personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 398-402.

Blais, M.A., Benedict, K.B., Norman, D.K. (1998). The psychometric properties of the DSM-III-R personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 795-802.

Choca, J. P., Vandenburg, E., & Shanley, L.A. (1997). Interpretive guide to Millon Clinical Multiaxial Inventory. Washington D.C.: APA.

Clark, L. A., Livesley, W., & Morey, L. (1997). Special feature: personality disorder assessment. The

diagnostic interviews for personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 25, 1025-1033.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Gibbon, M. (1992). Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID). New York: Biometric Research Department.

Torgersen, S., & Alnaes, R. (1990). The relationship

between MCMI and DSM-III axis II personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 55, 698-707.

Wise, E. A. (1996). A comparative validity of MMPI-2 and MCMI-II personality disorder classifications. *Journal of Personality Assessment*, 66, 596-598.

در زمینه پیشگیری از بیماریها و ارتقاء بهداشت روانی افراد، پژوهشگران دریافته‌اند که انسان دارای توانمندی‌هایی در رویارویی با نیروهای ویرانگر بیماری‌های روانی است. جسارت، امیدواری و مهارت در روابط میان فردی، وجدان کار، امیدواری، راستی و پایداری از جمله توانمندی‌هایی است که نیروهای درونی انسان را در برابر مشکلات روانشناختی افزایش می‌دهند.

از سخنان پروفیسور مارتین ای. پی. سلینگمن رئیس APA در هنگام گشایش صد و ششمین کنگره

سالیانه انجمن روانشناسی آمریکا

(اوت ۱۹۹۸)