

بررسی میزان توافق آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ با پرسشنامه شخصیتی  
 در تشخیص اختلالات شخصیت (SCID-II)

**The degree of Millon Clinical Multiaxial Inventory - 3 With Personality  
 Inventory (SCID-II) in the diagnosis of personality disorders**

**Payam Sarabi\***

M.A Clinical Psychology,  
 Kermanshah Branch, Islamic Azad  
 University, Kermanshah, Iran:  
*CPsyPSarabi@yahoo.com*

**Dr Kheirollah Sadeghi**

PhD in Clinical Psychology,  
 Kermanshah University of Medical  
 Sciences and Health Services.  
 Kermanshah, Iran nomads, Farabi  
 Hospital, Department of Psychiatry.

پیام سرابی (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد

اسلامی کرمانشاه

دکتر خیراله صادقی

دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم

پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی

کرمانشاه

**چکیده**

پژوهش حاضر در راستای بررسی میزان توافق آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ با پرسشنامه شخصیتی (SCID-II) در تشخیص اختلالات شخصیت بود. روش پژوهش از نوع تحلیلی - مقطعی می‌باشد. جامعه آماری دربرگیرنده دو گروه آزمودنی‌های غیربالینی و بالینی بوده است. گروه غیربالینی شامل کلیه دانشجویان دانشگاه 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. 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

**Abstract**

This study is in line with the degree of Millon Clinical Multiaxial Inventory - 3 Personality Inventory (SCID-II) in the diagnosis of personality disorder. The research method is analytical-cross sectional. The statistical population consisted of two groups of non-clinical and clinical subjects. Non-clinical group includes all students of Islamic Azad University of Kermanshah. The clinical group included all clients who referred to addiction treatment centers in Kermanshah and needed clinical services and counseling. The research sample included 510 patients (160 men and 350 non-clinical, clinical) subjects were clinically purposive sampling and non-clinical subjects were selected by simple random sampling. Data

بررسی میزان توافق آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ با پرسشنامه شخصیتی در تشخیص اختلالات شخصیت  
The degree of Millon Clinical Multiaxial Inventory - 3 With Personality Inventory (SCID-II)

from clinical trial Millon - 3 (MCMI-III), Personality Questionnaire (SCID-II) and demographic characteristics were used. For data analysis, chi-square tests ( $X^2$ ) and kappa coefficient was used. Statistical analysis showed that the agreement with the MCMI-III personality questionnaire (SCID-II) in the diagnosis of personality disorders, the highest and the lowest coordinate in the clinical diagnosis of borderline personality disorder with 66/0, and dependent personality disorder / 004 is also the highest and the lowest coordinate in non-clinical diagnosis of avoidant personality disorder with 46/0, and dependent personality disorder / 006, respectively. The results of the characteristics of personality scales MCMI-III, the positive predictive power in the range of 95/0 to 15/0, 94/0 to 35/0 and also can detect negative predictive power in the range of 99/0 to 41 / 0 respectively. The results of this study show the diagnostic validity of MCMI-III is valid and desirable, and evaluations can be used for diagnosis, treatment and research of personality disorders is used.

**Keywords:** Millon Clinical Multiaxial Inventory – 3, Personality Inventory, Personality Disorders.

ساده انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ (MCMI-III)، پرسشنامه شخصیت (SCID-II) و ویژگی‌های دموگرافیک استفاده شد. در تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری کای دو ( $X^2$ ) و ضریب کاپا مورد استفاده قرار گرفت. آنالیز آماری داده‌ها نشان داد که میزان توافق MCMI-III با پرسشنامه شخصیت (SCID-II) در تشخیص اختلالات شخصیت، به ترتیب بیشترین و کمترین میزان تشخیص هماهنگ 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 تشخیص هماهنگ 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 در دامنه‌ی ۰/۹۵ تا ۰/۱۵، توان پیش‌بینی منفی از ۰/۹۴ تا ۰/۳۵، و همچنین توان تشخیص کل در دامنه‌ی ۰/۹۹ تا ۰/۴۱ قرار گرفت. نتایج این پژوهش، گویای روایی تشخیصی معتبر و مطلوب MCMI-III می‌باشد، و می‌تواند برای استفاده از ارزیابی‌های تشخیصی، درمانی و پژوهشی اختلالات شخصیت کاربرد داشته باشد.

**واژگان کلیدی:** آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳، پرسشنامه شخصیت، اختلالات شخصیت

## مقدمه

یکی از موضوع‌های مهم در اندازه‌گیری روانشناختی، یافتن ابزارهای مستقل و دارای نتایج یکسان برای ارزیابی یک ساختار است. به‌دست آوردن همگرایی میان ابزارهای ارزیابی مجزا

دشوار مستقل تلقی نمی‌شوند و از این رو شواهد ضعیف‌تری از اعتبار همگرا را نشان می‌دهند. با وجود این، در برخی قلمروهای روانشناختی (به‌عنوان مثال ارزیابی هوش)، یا در خصوص مقیاس‌های نشانگان بالینی معین (به‌عنوان مثال مقیاس درجه‌بندی هامیلتون برای افسردگی و پرسشنامه افسردگی بک) اعتبار همگرایی مناسبی حاصل گردیده است؛ بنابراین یافتن اعتبار همگرا در قلمروی آسیب‌شناسی شخصیت نیز دارای اهمیت به‌شمار می‌رود (افخم ابراهیمی و صالحی، ۱۳۷۹). نکته قابل توجه، اهمیت در مصاحبه بالینی و آزمون‌های روانشناختی در تشخیص اختلالات روانپزشکی، عدم دسترسی به ابزارهای تشخیصی مورد مصرف در دیگر رشته‌های تخصصی (برای مثال مطالعات رادیولوژی و غیره) می‌باشد (اوتر و اوتر<sup>۱</sup>، ۱۳۸۹). کارگروه DSM-V براساس یک مدل ابعادی - طبقه‌ای پیوندی، فرمول‌بندی جدیدی از ارزیابی و تشخیص آسیب‌شناسی شخصیت پیشنهاد کرده است که در آن انواع اختلالات شخصیت با صفات شخصیتی آسیب‌شناختی ادغام می‌شوند (غرول، ۲۰۱۰). میزان تشخیص اختلالات شخصیت به‌دلیل ابزارهای گوناگون به‌کار برده شده و رغبت متخصصان با در نظر گرفتن این طبقه از بیماری‌ها، متفاوت است. با وجود این بسیاری از پژوهشگران، اختلال‌های شخصیت را بسیار شایع می‌دانند. با وجود آن‌که تشخیص اختلال‌های شخصیت وقت‌گیر است، اما لازم به‌نظر 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 (افخم ابراهیمی و صالحی، ۱۳۷۹). در چند دهه اخیر افزایش دقت در تشخیص‌گذاری‌های روانپزشکی توجه بسیاری را جلب کرده است. تشخیص‌های بالینی عموماً مورد سوال بوده است، زیرا معمولاً تشخیص‌گذاری براساس الگوی واحد و استاندارد صورت نمی‌گیرد، تمام تشخیص‌ها بررسی نمی‌شوند و صحت تشخیص به تجربه و عملکرد تشخیص‌گذار بسیار وابسته است و پایایی تشخیص عموماً پایین می‌باشد (اشتاینر، تیس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). به‌همین دلیل در چند دهه اخیر، برای طبقه‌بندی اختلالات روانپزشکی (مانند ICD و DSM)، سیستم‌های مدرنی ارائه و براساس این سیستم‌ها ارزیابی‌هایی جهت تعیین تشخیص تهیه شده‌اند. از شاخص‌ترین این ابزارها، انواع مصاحبه‌های تشخیصی استاندارد و ساختاریافته است که اطلاعات و علایم را به‌شیوه‌ای معین و

1. Othmer & Othmer

2. Steiner & Tebes

بررسی میزان توافق آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ با پرسشنامه شخصیتی در تشخیص اختلالات شخصیت  
The degree of Millon Clinical Multiaxial Inventory - 3 With Personality Inventory (SCID-II

جامع، جمع‌آوری و ارزیابی می‌کنند و تشخیص‌گذاری براساس الگوریتمی استاندارد انجام می‌شود تا تشخیص‌ها دقیق‌تر و پایاتر باشند.

براساس DSM-V، اختلال شخصیت عبارت است از تجارب درون‌ذهنی و رفتار بادوامی که دور از معیارهای فرهنگی فرد است، نفوذی غیرقابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می‌شود، در طول زمان تغییر نمی‌کند، و موجب ناخوشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می‌شود. دست‌کم در دو حوزه از این چهار حوزه تظاهر می‌کند: شناخت، عاطفه-مندی، کارکرد بین‌فردی یا کنترل تکانه. 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). 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). به‌علاوه، متخصصان بالینی اغلب در مورد نوع اختلال شخصیت یک بیمار با هم توافق ندارند (ویدیکر و کوستا، ۱۹۹۴؛ ماهر و ماهر، ۳، ۱۹۹۴).

شاید بتوان ادعا نمود که اساسی‌ترین تغییر در نگرش نسبت به تشخیص‌گذاری در نحوه تشخیص‌گذاری اختلالات شخصیت مشاهده می‌گردد؛ در این مجموعه، به‌جای اینکه از کنار هم گذاشتن چند علامت یا ویژگی به یک تشخیص برسند، یک مبنای جامع و کلی برای تمام اختلالات شخصیت ارائه داده است، و بر این اساس دو حیطه «سطح عملکرد شخصیت» (فردی و بین‌فردی) و «ویژگی‌های شخصیت» (در پنج زیرمجموعه: عواطف منفی، احساس جدایی، آنتاگونیسیم، مهارگسیختگی و روان‌زندگی) را ملاک طبقه‌بندی اختلالات شخصیت قرار داده است (شیدلر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ هپوود<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). اختلال شخصیت اختلالی شایع و مزمن است؛ میزان شیوع آن در جمعیت عمومی ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده می‌شود و علائم آن در طی چند دهه تظاهر می‌کند. اختلال شخصیت عامل زمینه‌ساز سایر اختلالات روانپزشکی (مانند مصرف مواد، خودکشی، اختلالات خلقی، اختلالات کنترل تکانه، اختلالات خوردن و

<sup>۱</sup>. Dolan, Evans & Norton

<sup>۲</sup>. Widiger & Costa

<sup>۳</sup>. Maher & Maher

<sup>۴</sup>. Shedler

<sup>۵</sup>. Hopwood

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، ۲۰۱۵). نرخ شیوع اختلال شخصیت وسواسی - اجباری با ۷/۹ درصد در صدر (اختلال شخصیت خودشسته با ۶/۲ و اختلال شخصیت مرزی با ۵/۹ درصد در رتبه‌های بعدی قرار دارند) و اختلال شخصیت وابسته با ۰/۶ درصد در انتها قرار گرفته‌اند (گنجی، ۱۳۹۵). به‌گفته بارلو و دیورند<sup>۱</sup> (۲۰۱۴)، مردانی که مبتلا به یک اختلال شخصیت تشخیص داده می‌شوند به‌طور معمول پرخاشگرترند، زیاد هیجانی نیستند، اعتماد به‌نفس دارند و حرفشان را به‌گرسی می‌نشانند، بی‌رحم و بی‌عاطفه هستند. زنان معمولاً مطیع‌تر، هیجانی‌تر، و بدون اعتماد به‌نفس‌تر هستند. بنابراین، جای تعجب ندارد که اختلال شخصیت ضداجتماعی در مردان، و اختلال شخصیت نمایشی و اختلال شخصیت مرزی در زنان بیشتر شناسایی شده‌اند؛ اما طبق جدیدترین پژوهش‌ها درباره شیوع آن‌ها در جمعیت غیربالینی (مردم عادی جامعه)، تعداد زنان و مردانی که به اختلال شخصیت نمایشی و مرزی مبتلا هستند مساوی است. اگر پژوهش‌های بعدی این موضوع را تایید کنند، سوالی که پیش می‌آید این است که چرا روانپزشکان و روانشناسان بالینی زنان را بیشتر از مردان مبتلا به این دو اختلال اعلام می‌کنند؟

پژوهش‌های اندکی که همگرایی مصاحبه‌های سازمان‌یافته با پرسشنامه‌های خوداجرابی یا مصاحبه‌های بالینی را مورد بررسی قرار داده‌اند همگرایی ضعیفی بین این ابزارها گزارش نموده‌اند (کلارک، لیوزلی و موری، ۱۹۹۴) و بیشتر تشخیص‌های عنوان شده براساس روش‌های گوناگون شباهتی به یکدیگر نداشته‌اند. افخم ابراهیمی و صالحی (۱۳۷۹) میزان توافق مصاحبه‌های بالینی و سازمان‌یافته با آزمون *MCM-II* را در تشخیص اختلالات شخصیت در میان ۱۴۰ بیمار سرپایی بررسی کردند؛ نتایج به‌دست آمده همگرایی متوسطی (ضریب کاپا = ۰/۴۶) را بین دو نوع مصاحبه با آزمون *MCM-II* نشان داد. نجات‌بخش، فخاری و صفائیان (۱۳۸۳) میزان توافق مصاحبه‌های بالینی با آزمون *MMPI* (فرم کوتاه) در تشخیص اختلالات شخصیت را در میان ۳۳ مراجع سرپایی و بستری بررسی کردند؛ یافته‌ها، میزان توافق متوسطی را میان مصاحبه روانپزشکی و ارزیابی روانشناختی (آزمون *MMPI* فرم کوتاه) در تعیین اختلالات شخصیت نشان می‌دهد (ضریب کاپا = ۰/۶). شریفی، مولوی و نامداری (۱۳۸۶) روایی تشخیصی آزمون

<sup>1</sup>. Barlow & Durand

<sup>2</sup>. Clark, livesley & Morey

بررسی میزان توافق آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ با پرسشنامه شخصیتی در تشخیص اختلالات شخصیت  
The degree of Millon Clinical Multiaxial Inventory - 3 With Personality Inventory (SCID-II

بالینی چند محوری میلون - ۳ را مورد ارزیابی قرار دادند؛ یافته‌ها نشان می‌دهد که توان پیش-بینی مثبت مقیاس‌ها در دامنه ۰/۹۲ تا ۰/۹۸، توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها از ۰/۹۳ تا ۰/۹۹، و همچنین توان تشخیص کل تمام مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۳ قرار دارد.

با توجه به افزایش روزافزون تشخیص اختلال‌های شخصیت در درمانجویان بیمارستان‌های روانپزشکی و کلینیک‌های سرپایی و نارسایی روش‌های تشخیص این اختلال‌ها، و همچنین مغایرت نسبی بین مصاحبه بالینی با آزمون‌های تشخیصی به‌ویژه MCMI-III، اهمیت ارزیابی شیوه‌ها و ابزارهای تشخیصی موجود برای اختلال‌های شخصیت کماکان احساس می‌شود؛ همچنین عدم وجود ابزارهای تشخیصی معتبر در کشور و نداشتن هنجارهای مناسب برای تشخیص بیماری‌های روانی و از جمله اختلالات شخصیت، ضرورت و اهمیت انجام پژوهش در این زمینه را آشکار می‌سازد؛ به همین منظور، MCMI-III به‌خاطر محبوبیت و دامنه‌ی کاربردی گسترده‌ی آن انتخاب گردید.

از این لحاظ که تا کنون هیچ پژوهشی در ایران، در راستای میزان توافق MCMI-III با SCID-II انجام نگرفته است، بدین منظور در این پژوهش، دو سؤال اساسی مدنظر است: ۱. آیا میزان توافق مقیاس‌های شخصیت MCMI-III با SCID-II در تشخیص اختلالات شخصیت رضایت‌بخش می‌باشد؟ ۲. روایی تشخیصی مقیاس‌های شخصیت MCMI-III به چه صورت می‌باشد؟

### روش پژوهش

با توجه به ماهیت عنوان پژوهشی و اهداف مورد نظر، این مطالعه در زمره طرح‌های پژوهشی کاربردی و شیوه اجرای آن تحلیلی - مقطعی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر، دربرگیرنده دو گروه آزمودنی‌های غیربالینی و بالینی بوده است. گروه غیربالینی شامل کلیه دانشجویان دانشگاه 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. نمونه غیربالینی، شامل دانشجویان پسر و دختر مقاطع تحصیلی کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و بالاتر در سال ۹۳-۹۲ در دانشگاه آزاد اسلامی شهر کرمانشاه می‌باشد.

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 این که تمامی افراد دارای شرایط اولیه آزمون، یعنی حداقل ۸ کلاس سواد و ۱۸ سال سن باشند) در سال ۹۳-۹۲ انتخاب شدند. با توجه به این که در این پژوهش تنوع گروه‌های تشخیصی بسیار با اهمیت بود (بر اساس ۲۴ مقیاس در *MCMIII*) جهت انتخاب نمونه بالینی از نمونه‌گیری هدفمند استفاده گردید. همچنین در گروه نمونه، از مجموع تعداد ۵۱۰ پرسشنامه‌ی 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.

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از سه ابزار استفاده شد:

**آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ (*MCMIII*):** 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. نسخه اصلی این آزمون توسط میلون<sup>۱</sup> (۱۹۷۷) تدوین شد و از آن زمان تاکنون دو بار تجدید نظر شده است (۱۹۸۷؛ ۱۹۹۴). گستره نمرات در مقیاس‌های شخصیت و نشانگان بالینی میلون از صفر تا ۱۱۵ است و نمرات خام به نمرات آهنگ‌پایه تبدیل می‌شوند. نقطه‌های برش ۷۵ تا ۸۵ به عنوان الگوها و سبک‌های شخصیتی و نقطه برش ۸۵ به بالا به عنوان نشانه اختلال شخصیت به شمار می‌روند. نسخه فعلی *MCMIII*، تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و بر اساس طبقه‌بندی‌های زیر نمره‌گذاری می‌شود: شاخص‌های تغییرپذیری، الگوهای شخصیت بالینی، آسیب‌شناسی شدید شخصیت، نشانگان بالینی و نشانگان شدید. مقیاس‌ها، به همراه ماده‌های تشکیل دهنده آنها، با نظریه شخصیت میلون و *DSM-IV* هم‌خوانی دارند (مارنات<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). *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 *DSM-IV* II می‌پردازند و ۱۰ مقیاس دیگر نشانگان بالینی را بر اساس محور *DSM-IV* I می‌سنجند. ارزیابی که توسط میلون (۱۹۸۷) انجام گرفته، نشان می‌دهد که در مجموع میزان پایایی *MCMIII*، ۰/۷۸ می‌باشد. در ضمن

<sup>۱</sup>. Millon

<sup>۲</sup>. Marnat

بررسی میزان توافق آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ با پرسشنامه شخصیتی در تشخیص اختلالات شخصیت  
The degree of Millon Clinical Multiaxial Inventory - 3 With Personality Inventory (SCID-II

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. شریفی (۱۳۹۱) همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش کرده است، و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۵ (اختلال وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از ضربه) به دست آمده است. سرابی (۱۳۹۳) پایایی MCMI-III را به روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۵۵ (اختلال شخصیت نمایشی) تا ۰/۹۴ (اختلال استرس پس از ضربه)؛ و متوسط ضریب اعتبار کودر - ریچاردسون (KR-20) را ۰/۹۴ گزارش کرده است.

**پرسشنامه شخصیتی (SCID-II):** این پرسشنامه توسط فرست، اسپیتزر و گی‌بن<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۵ تهیه شده است (به نقل از محمدخانی، ۱۳۸۹). این پرسشنامه شخصیتی ۱۱۹ سؤالی به‌عنوان یک ابزار غربالگری می‌باشد که برای پاسخ دادن به سوالات 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-I با روش بین آزمونگر سنجیده شده و برای اکثر تشخیص‌های آن کاپای بالای ۰/۷ به دست آمده، ولی به روش آزمون - بازآزمون با مصاحبه‌های مستقل، کاپای پایین‌تری به دست آمده است (شریفی و همکاران، ۱۳۸۳).

تشخیص‌های عنوان شده در آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ با تشخیص‌های حاصل از آزمون SCID-II مقایسه شدند و مقیاس‌های عملکرد تشخیصی شامل حساسیت، ویژگی، توان پیش‌بینی مثبت و منفی، سطح کلی توافق با ملاک خارجی (توان تشخیصی کل) و ضریب کاپا محاسبه گردید. حساسیت به نسبت مثبت‌های درستی که توسط آزمون تشخیص داده شده، اشاره دارد؛ در حالی که ویژگی، نسبت منفی‌های درست تشخیص داده شده، توسط آزمون

<sup>1</sup>. First, Spitzer & Gibney



می‌باشد؛ توان پیش‌بینی مثبت، احتمال وجود اختلال را به شرط مثبت بودن نتیجه آزمون نشان می‌دهد؛ توان پیش‌بینی منفی، احتمال نبود اختلال را به شرط منفی بودن نتیجه آزمون نشان می‌دهد؛ توان تشخیصی کل، یک شاخص عمومی درست بودن طبقه‌بندی تشخیصی است. قبل از ارائه پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها، ضمن تشریح کامل علل و اهداف پژوهش، رضایت آن‌ها مبنی بر پاسخ دادن به سؤالات جلب شد. پس از ارائه توضیحات کافی در مورد نحوه‌ی پاسخ‌گویی‌شان از آن‌ها خواسته شد تا نهایت دقت و حوصله را جهت تکمیل پرسشنامه‌ها داشته باشند. همچنین شایان ذکر است که تمامی آزمودنی‌ها پس از اعلام همکاری و کسب اطمینان از رعایت مسائل اخلاقی (محرمانه بودن نتایج آزمون) و تکمیل کردن فرم رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی در پژوهش شرکت داده شدند، و حتی در پاسخ دادن به سؤال‌ها آزاد بودند و هر زمان که تمایل به ادامه همکاری نداشتند به راحتی می‌توانستند همکاری‌شان را قطع کنند. طبقه‌بندی، پردازش و آنالیز آماری داده‌های به دست آمده، جهت بررسی سؤال‌های پژوهش، از آزمون‌های آماری کای دو ( $X^2$ ) و ضریب کاپا با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 انجام گرفت.

### یافته‌ها

براساس نتایج به دست آمده، جدول شماره ۱، ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌های پژوهش را نشان می‌دهد.

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 تاهل	مجرد	۲۲۳	۵۰/۷
	متاهل	۱۴۶	۳۳/۲
	جدا شده	۲۴	۵/۵
	مطلقه	۴۶	۱۰/۵
	بیوه	۱	۰/۲

بررسی میزان توافق آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ با پرسشنامه شخصیتی در تشخیص اختلالات شخصیت  
The degree of Millon Clinical Multiaxial Inventory - 3 With Personality Inventory (SCID-II

در جدول ۲، 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 ۲. مشخصه‌های عملکرد تشخیصی

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

$$\frac{a}{a+c} = \text{حساسیت}$$

$$\frac{d}{b+c} = \text{ویژگی}$$

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

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

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

برای تعیین میزان توافق MCMII-III با SCID-II از ضریب کاپا استفاده شد. جدول ۳، میزان توافق مقیاس‌های شخصیت MCMII-III با SCID-II در تشخیص اختلال شخصیت را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، به ترتیب بیشترین و کمترین میزان تشخیص هماهنگ 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 تشخیص هماهنگ در گروه غیربالینی مربوط به اختلال شخصیت اجتنابی با ۰/۴۶، و اختلال شخصیت وابسته با ۰/۰۶ برآورد شد.

جدول ۴، روایی تشخیصی مقیاس‌های شخصیت MCMII-III را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، 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

تشخیص کل (۰/۹۹) در صدر و مقیاس اختلال شخصیت خودشیفته (5) با کمترین توان (۰/۴۱) در پایین ترین حد قرار گرفته است.

جدول ۳. میزان توافق بین تشخیص حاصل از SCID-II و MCMIII

Kappa	Sig	X <sup>2</sup>	مقیاس‌ها	گروه
۰/۲۰	/۰۰۳	۸/۷۳	اسکیزوئید	بالینی
۰/۲۴	P<۰/۰۰۱	۳۶/۵۳	اسکیزوئید	غیربالینی
۰/۳۶	P<۰/۰۰۱	۱۸/۹۶	اجتنابی	بالینی
۰/۴۶	P<۰/۰۰۱	۸۵/۴۶	اجتنابی	غیربالینی
/۰۸۷	۰/۱۵	۲/۰۵	افسرده	بالینی
۰/۱۲	/۰۰۵	۷/۷۴	افسرده	غیربالینی
/۰۰۴	۰/۶۰	۰/۲۷	وابسته	بالینی
/۰۰۶	۰/۲۰	۱/۶۳	وابسته	غیربالینی
/۰۳۰	۰/۶۵	۰/۱۹	نمایشی	بالینی
۰/۳۵	P<۰/۰۰۱	۴۷/۸۶	نمایشی	غیربالینی
/۰۶۶	/۰۹۳	۲/۸۲	خودشیفته	بالینی
/۰۶۹	/۰۰۸	۶/۹۷	خودشیفته	غیربالینی
۰/۳۹	P<۰/۰۰۱	۱۸/۸۵	ضداجتماعی	بالینی
۰/۳۱	P<۰/۰۰۱	۴۶/۴۲	ضداجتماعی	غیربالینی
/۰۳۹	۰/۲۴	۱/۳۵	وسواسی	بالینی
/۰۴۲	/۰۴۲	۴/۱۳	وسواسی	غیربالینی
۰/۳۳	P<۰/۰۰۱	۱۷/۱۳	منفی گرا	بالینی
۰/۱۷	P<۰/۰۰۱	۲۵/۹۰	منفی گرا	غیربالینی
/۰۶۸	۰/۲۳	۱/۴۰	اسکیزوئید تا پیاپی	بالینی
/۰۸۳	/۰۰۲	۹/۴۵	اسکیزوئید تا پیاپی	غیربالینی
۰/۶۶	P<۰/۰۰۱	۵۲/۶۵	مرزی	بالینی
۰/۴۵	P<۰/۰۰۱	۹۲/۱۴	مرزی	غیربالینی
۰/۳۸	P<۰/۰۰۱	۲۳/۴۰	پارانوئید	بالینی
۰/۲۰	P<۰/۰۰۱	۳۰/۹۸	پارانوئید	غیربالینی

جدول ۴. خصیصه‌های عامل مقیاس‌های شخصیت MCMI-III

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

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در راستای بررسی میزان توافق آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ با پرسشنامه شخصیتی (SCID-II) در تشخیص اختلالات شخصیت می‌باشد. این پژوهش برای پُرکردن 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 کُل ساختار موجودیت فرد را در بر می‌گیرند، معمولاً متخصصان بالینی آن‌ها را دشوارترین اختلال‌های روانی برای ارزیابی، تشخیص و درمان می‌دانند. اختلال شخصیت ماهیتا 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.

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 ون دنبورگ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). تبیین دیگر آن است که همگرایی دو ابزار 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 MCMIII) کم برآورد شده باشد. یافته‌ها با نتایج کلارک و همکاران (۱۹۹۴)، افخم ابراهیمی و صالحی (۱۳۷۹) و نجات‌بخش و همکاران (۱۳۸۳) هم‌سوئی دارد.

نتایج به‌دست آمده از خصیصه‌های عامل برای مقیاس‌های شخصیت MCMIII شامل توان پیش‌بینی مثبت (PPP) در دامنه‌ی ۰/۹۵ تا ۰/۱۵، توان پیش‌بینی منفی (NPP) از ۰/۹۴ تا ۰/۳۵ و همچنین توان تشخیص کل در دامنه‌ی ۰/۹۹ تا ۰/۴۱ قرار گرفت. 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 ون دنبورگ، ۱۹۹۷). بر این اساس، توان پیش‌بینی مثبت تمام مقیاس‌های شخصیت (به‌جز 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 (۱۳۹۱) هم‌سوئی دارد؛ اما با نتایج میلون (۱۹۹۴) و رتزلاف<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) برای توان پیش‌بینی مثبت (PPP) هماهنگی ندارد، چرا که توان‌های پیش‌بینی مثبت مقیاس‌های شخصیت MCMIII آن‌ها ضعیف گزارش شده است.

این پژوهش می‌تواند راهگشای پژوهش‌های آتی در زمینه اختلالات شخصیت و مطالعات بیشتر در زمینه ارزیابی مشخصات روان‌سنجی این آزمون گردد. روان‌شناسان بالینی، روانپزشکان،

<sup>۱</sup>. Choca & Van Denburg

<sup>۲</sup>. Retzlaff

بررسی میزان توافق آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ با پرسشنامه شخصیتی در تشخیص اختلالات شخصیت  
The degree of Millon Clinical Multiaxial Inventory - 3 With Personality Inventory (SCID-II

روان‌سنج‌ها، محققان و اساتید گرام می‌توانند با در اختیار داشتن ابزارهای مطمئن، اقدام به پژوهش در زمینه اختلالات شخصیت و هر پژوهشی که نیازمند ابزاری برای سنجش مطرح شده در محور **DSM-V, II**، نمایند. با توجه به ملاحظات فوق، این آزمون بالینی به‌خاطر فراهم آوردن دامنه‌ی گسترده‌ای از اطلاعات و زیر پوشش قرار دادن محورهای **I** و **II**، **DSM-V**، می‌توانیم با ضرس قاطع اهمیت و کاربرد بسیار بالای آن را آرج بنهیم و در آینده بسیار نزدیک، شاهد گرایش پیدا کردن متخصصان بالینی، اساتید فن و صاحب‌نظران (به‌خصوص جامعه‌ی ایرانی) به این آزمون باشیم (سرایی، ۱۳۹۳).

نتایج این پژوهش در راستای بررسی‌های ارائه شده، گویای روایی تشخیصی معتبر و مطلوب **MCMII-III** می‌باشد، و می‌تواند برای استفاده از ارزیابی‌های تشخیصی، درمانی و پژوهشی اختلالات شخصیت کاربرد داشته باشد. در مجموع یافته‌های به‌دست آمده، توانسته است روایی **MCMII-III** را در وجه تشخیصی نمایان سازد و پشتوانه مناسبی به‌لحاظ عملی برای **MCMII-III** در نمونه‌های ایرانی فراهم آورد. هرچند که اتکا به این داده‌ها میسر نیست، مگر آن‌که پژوهش‌های آتی در دیگر جمعیت‌ها بدان بپیوند؛ تازه پویایی علم، مجال درنگ و اتکا مستمر به یافته‌های هرچند قوی را نمی‌دهد، پس پژوهش کنونی تنها دریچه است و نه بیشتر. با توجه به اینکه نمونه مورد پژوهش از جامعه دانشجویی و کلنیک‌های ترک اعتیاد انتخاب شده است، بدین‌سان روایی تشخیصی ارائه شده، مختص جامعه آماری این پژوهش می‌باشد، بنابراین قابل تعمیم به جامعه‌های آماری دیگر نمی‌باشد؛ لذا در صورت استفاده از آن در سطوح دیگر جامعه باید احتیاط لازم به‌عمل آید. محدودیت دیگر این پژوهش، به‌کار گرفتن نمونه محدودی از جامعه‌ی بالینی می‌باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، جامعه آماری از میان دیگر سطوح مختلف جمعیت‌های بالینی و غیربالینی و همچنین با نمونه‌ای وسیع‌تر به‌کار گرفته شود.

## منابع

- افخم ابراهیمی، عزیزه و دانش‌آموز، بدری. (۱۳۸۷). همبودی افسردگی و اختلال‌های شخصیت، فصلنامه‌ی اندیشه و رفتار، ۳۵(۳)، ۲۹-۳۲.
- بارلو، دیوید و دیورند، وی. (۱۳۹۵). آسیب‌شناسی روانی براساس *DSM-5* (ترجمه مهرداد فیروزبخت). تهران: رسا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۴).

- سرابی، پیام. (۱۳۹۳). *ارزیابی مشخصات روان‌سنجی آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی شهر کرمانشاه*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد کرمانشاه.  
 - سادوک، بنیامین جیمز، سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۱۳۹۴). *خلاصه‌ی روان‌پزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی*. (جلد دوم) (ترجمه فرزین رضاعی). تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۵).

- شریفی، ونداد و همکاران. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID). *تازه‌های علوم شناختی*، ۶(۱)، ۱۰-۲۲.  
 - شریفی، علی اکبر، مولوی، حسین و نامداری، کوروش (۱۳۸۶). *روایی تشخیصی آزمون بالینی چندمحوری میلون - ۳: فصلنامه‌ی دانش و پژوهش در روانشناسی*، ۹(۳۴)، ۲۷-۳۸.  
 - شریفی، علی اکبر (۱۳۹۱). *راهنمای ام. سی. ام. آی (میلون-۳)*، تهران: روان‌سنجی.  
 - گنجی، مهدی. (۱۳۹۵). *آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5*. تهران: ساوالان.  
 - محمدخانی، پروانه (۱۳۸۹). *مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM-IV-TR*. تهران: دانژه.  
 - نجات‌بخش، عبدالله، فخاری، علی و صفاریان، عبدالرسول (۱۳۸۳). *پرسی میزان توافق مصاحبه بالینی با آزمون MMPI (فرم کوتاه) در تشخیص اختلالات شخصیت*. *مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد*، ۱۰(۲)، ۲۶-۳۰.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Author.
- Choca, JP, Van Denburg, E. (1997). *Interpretative Guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory (2<sup>nd</sup> ed.)*. Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Clark, LA, Livesley, W, & Morey, I. (1994). Special feature: personality disorder assessment. The challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders*, 11: 250-231.
- Dolan, B, Evans, C, & Noron, k. (1995). Multiple Axis-II Diagnosis of Personality Disorder, *Brit. J. Psychiat*, 166: 107-112.
- Grohol, J. (2010). *Personality Disorder shakes up in DSM-5*. <http://psychcentral.com>
- Groth, MG. (2003). *Handbook of Psychological Assessment*. DC: United States of America.
- Hopwood CJ, Malone JC, Ansell EB, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, et al. (2011). Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of Pers Disord*, 25(3): 305-20.
- Maher, BA, & Maher, WB. (1994). *Personality & Psychopathology: A Historical Perspective*, *J. Abnorm Psychol*, 103: 72-77.
- Millon, T. (1977). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Minneapolis*. MN: National Computer systems.
- Millon, T. (1987). *Manual For the MCMI-II (2<sup>nd</sup> ed)*. Minneapolis, MN: National Computer systems.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual*. Minneapolis, MN: National computer systems.
- Othmer, E, & Othmer, S. (2002). *The Clinical Interview Using DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Retzlaff, P. (1996). MCMI-III validity: Bad test or bad validity study. *Journal of Personality Assessment*, 66: 431-437.

بررسی میزان توافق آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ با پرسشنامه شخصیتی در تشخیص اختلالات شخصیت  
The degree of Millon Clinical Multiaxial Inventory - 3 With Personality Inventory (SCID-II

- Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O, et al. (2010). Personality disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry*, 167(9): 1026-8.
- Steiner, JL, & Tebes, JK. (2013). A comparison of the Structured Clinical Interview for DSM-V and clinical diagnoses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 138, 365-369.
- Widiger, TA, & Costa, PT. (1994). Personality and Personality Disorder, *J. Abnormal Psychol*, 103: 78-91.





۷۷۷

رویش روان شناسی، سال هفتم، شماره ۱۰، شماره پیاپی ۳۱، دی ماه ۱۳۹۷

*Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 7(10), 2018

