

کاربرد آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ در مشاوره ازدواج

رقیه سادات موسوی^۱، آزاده فروزانفر^۲، فاطمه خیام فر^۳

چکیده

مقاله حاضر به منظور بررسی پرسشنامه‌ی بالینی چند محوری میلون و کاربرد آن در مشاوره ازدواج صورت گرفته است و هدف آن دستیابی به اطلاعات غنی در رابطه با تاریخچه‌ی شکل‌گیری پرسشنامه، اعتبار و روایی، شناخت مواد پرسشنامه و کاربرد آن در مشاوره ازدواج می‌باشد. این بررسی به طور اخص به دنبال کسب اطلاعاتی در رابطه با مطلوبیت کاربرد این آزمون در مشاوره ازدواج و اعتبار و روایی آن در ایران است. هدف درک این است که پرسشنامه‌ی میلون - ۳ که در حال حاضر در مشاوره ازدواج مورد استفاده قرار می‌گیرد، براساس کدام پایه‌های نظری و علمی شکل گرفته است، مخاطبان پرسشنامه چه گروهی از افراد جامعه هستند و نتایج آن تا چه اندازه به لحاظ علمی معتبر بوده و راهگشای متخصصان خواهد بود. نتایج حاکی از آن است که پرسشنامه‌ی بالینی چند محوری میلون - ۳ از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و این پرسشنامه به خوبی می‌تواند بین جمعیت بیمار و غیر بیمار تمایز قایل شود و در مشاوره ازدواج به کار رود. علاوه بر آن ثبات بالای پرسشنامه در روش آزمون - باز آزمون حمایتی جهت این ادعاست که پرسشنامه، هم وجود ویژگی‌های شخصیتی پایا و هم نشانه‌های بالینی گذرا را می‌سنجد.

کلید واژه: مشاوره ازدواج، آزمون بالینی چند محوری میلون ۳، الگوهای بالینی شخصیت، آسیب‌های شدید شخصیت، نشانگان بالینی.

۱. استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران

مقدمه

در گذشته موضوع ازدواج و انتخاب همسر امری ساده و عاری از ابهام تلقی می شد. اما امروزه این انتخاب به عنوان یکی از حساس ترین انتخاب های دوران زندگی، از پیچیدگی خاصی برخوردار شده و کمترین سهل انگاری در این انتخاب زیان های جبران ناپذیر مادی و معنوی را به همراه خواهد داشت. پیچیدگی مزبور موجب آن شده است که گرایش جوانان به افرادی که بتوانند در یافتن همسری مناسب یاری دهنده باشند، بیشتر شود و برای اطمینان یافتن از انتخاب صحیح به مشاور رجوع کنند (حسینخانی نایینی، ۱۳۸۶).

در این راستا مشاوران نیز، با فراهم کردن زمینه ای مناسب برای تبادل اطلاعات و با استفاده از ابزارهای مختلف، سعی در تسهیل این امر دارند. یکی از ابزارهایی که در این زمینه مورد استفاده قرار می گیرد، آزمون های روان-شناختی است. این آزمونها با اندازه گیری حالت ها، ویژگی ها و توانایی های افراد اطلاعاتی عینی برای مشاوره به دست می دهند که در جریان مشاوره ازدواج کاربرد زیادی خواهند داشت (لی ویلیامز و همکاران، ۱۳۹۲). آزمون بالینی چند محوری میلون (MCMI-III)^۱ (۱۹۹۴)، از جمله این آزمون هاست.

آزمون بالینی چند محوری میلون یا ام.سی.ام.آی، یک پرسشنامه خودسنجی استاندارد شده است که دامنه ی گسترده ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان به پرسشنامه را می سنجد (پیوتروسکی^۲ و زالوسکی^۳، به نقل از عباسیان، ۱۳۹۳). این پرسشنامه، از جمله پرسشنامه های منحصر به فردی است که در آن بر اختلال های شخصیت^۴ و نشانه هایی که اغلب با این اختلال ها همراه هستند تأکید می شود (میلون^۵ و همکاران، ۱۹۹۷).

با توجه به اینکه وجود اختلال شخصیت یا برخی از ویژگی های اختلال در یکی از متقاضیان ازدواج و یا زوجین می تواند عملکرد مناسب خانواده را مختل سازد (سارتوریوس^۶ و همکاران، ۱۳۹۰) و تهدیدی برای داشتن روابط زوجی سالم و پایدار باشد، ام.سی.ام.آی این امکان را به مشاورین ازدواج می دهد تا از این طریق افرادی را که اختلال شخصیت دارند و یا واجد برخی از ویژگی های اختلال هستند را شناسایی کنند و افراد را در جهت تصمیم مناسب تر برای ازدواج یاری نمایند (صادقی، ۱۳۸۴).

از سوی دیگر در ۲۵ سال گذشته، علاقه و توجه فزاینده نسبت به ویژگی های موجود شخصیتی، سبک های شخصیت و به ویژه اختلال های شخصیت (میلون و کلرمن^۷، ۱۹۸۶؛ نقل از نرس^۸، ۱۳۸۹)، در کنار علاقه روزافزون

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)

2. Piotrowski

3. Zalewski

4. personality disorder

5. Millon

6. Sartrios

7. Klerman

8. Nurs

اجتماعی و تخصصی نسبت به روابط، به ویژه روابط خانوادگی و شناخت اهمیت آنها (کاسلو^۱، ۱۹۹۰؛ باعث شده است که در نگاه متخصصان بالینی و مشاوران، رفتارهای ارتباطی جاری در دراز مدت مهم تر از یک وضعیت انتقالی (گذرا) - مانند حالت افسردگی واکنشی - باشد که جزء منش شخصی نیست. چون ام.سی.ام. آی - ۳ در وهله نخست و منحصرأ این خصایص پایدار سبک و اختلال شخصیت را مورد سنجش قرار می دهد (همراه با اندازه گیری نشانگان بالینی مختلف)، برای متخصصان بالینی زمان حال که باید رفتارهای مزمن را از رفتارهای موقعیتی متمایز کنند، ارزش و فایده بیشتری دارد. ام.سی.ام. آی - ۳ در حال حاضر تنها پرسشنامه عمده پر مصرف است که در یک نظریه هماهنگ با DSM-IV به خوبی تدوین شده است و ویژگی های اختلال های شخصیتی و دیگر انواع کمتر آن یعنی سبک ها، صفت ها و خصایص را مورد سنجش قرار می دهد (نرس، ۱۳۸۹). نسخه ی اصلی پرسشنامه ی میلون برای اولین بار در سال ۱۹۷۷ تدوین شد و تا کنون دوبار مورد تجدید نظر قرار گرفته است (ام.سی.ام. آی - ۲؛ میلون، ۱۹۸۷؛ ام.سی.ام. آی - ۳؛ میلون؛ ۱۹۹۴) و بیش از ۶۰۰ مقاله درباره ی آن و یا با استفاده ی از آن منتشر شده است، که یکی از پرکاربردترین پرسشنامه ها در حرفه ی بالینی است (پیوتروسکی و زالوسکی، ۱۹۹۳؛ واتکینز^۲ و دیگران، ۱۹۹۵؛ به نقل از عباسیان، ۱۳۹۳). شهرت این پرسشنامه بیشتر به دلیل کاربرد آن در کشورهای مختلف و ترجمه ی آن به زبان های گوناگون است (عباسیان، ۱۳۹۳).

نسخه فعلی ام.سی.ام. آی - ۳ شامل ۱۷۵ ماده تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و براساس پنج طبقه، ۱- الگوهای بالینی شخصیت^۳ - آسیب شدید شخصیت^۴ - نشانگان بالینی^۵ - نشانگان شدید بالینی^۶ - ۵- شاخص های اصلاح^۷، نمره گذاری می شود که با نظریه ی شخصیت میلون و DSM-IV همخوانی دارد. می توان گفت ام.سی.ام. آی به طور اخص برای کمک به تشخیص اختلال های محور II طراحی شده است (شریفی و همکاران، ۱۳۸۶). توصیف های خلاصه شده زیر از کتاب راهنمای ام.سی.ام. آی: میلون - ۳، (شریفی، ۱۳۸۶) گرفته شده است.

الگوهای بالینی شخصیت

مقیاس ۱ (شخصیت اسکیزوئید^۸): این مقیاس ۱۶ گویه دارد که تیپ منفعل - منزوی از تیپ شناسی میلون را بازنمایی می کند. محتوای گویه ها، مرتبط با انزوا عدم احساس لذت، انزوای رفتاری، اجتناب از روابط نزدیک سرکوب عواطف رفتارهای درون گرانه و احساس پوچی، غیر مسئول بودن و ترجیح تنهایی می باشد. افراد مبتلا به این اختلال شخصیت با فقدان تمایل و ناتوانی در لذت بردن یا احساس درد مشخص می شوند آنها سرد و غیراجتماعی بوده و نیازهای عاطفی آنها اندک است.

1. Kaslow
2. Watkins
3. clinical personality patterns
4. Sever personality pathology
5. clinical syndromes
6. sever clinical syndromes
7. modifying indices
8. schizoid

مقیاس ۲A (شخصیت دوری گزین^۱): این مقیاس مقیاسی با ۱۶ گویه می‌باشد که تیپ فعال - منزوی از تیپ‌شناسی میلون را معرفی می‌کند. هر چند که این افراد به اندازه افراد دارای اختلال شخصیت اسکیزوئید منزوی هستند اما به تماس با دیگران رغبت نشان می‌دهند و اگر اطمینان یابند که مورد آزار و اذیت دیگران قرار نمی‌گیرند و دیگران از آنها انتقاد نخواهند کرد مایل به یافتن دوستان جدید برای خود هستند. انزوای آنها ناشی از انتقاد و تمسخر از جانب دیگران است.

مقیاس ۲B (شخصیت افسرده^۲): این مقیاس ۱۵ گویه دارد و جنبه‌هایی از تیپ منفعل - منزوی از تیپ‌شناسی میلون را منعکس می‌کند. این مقیاس برای ارزیابی سبک شخصیت افسرده ساخته شده که گفته می‌شود مستقل از افسردگی بالینی وجود دارد. هر چند که با اسکیزوئید و دوری گزین در بسیاری از جنبه‌ها از جمله ناتوانی در لذت بردن، ناشاد بودن و غمگینی شباهت دارد اما افراد مبتلا به اختلال شخصیت افسرده احساس ناتوانی قابل توجهی در کسب مجدد لذت دارند.

مقیاس ۳ (شخصیت وابسته^۳): این مقیاس ۱۶ گویه دارد و جنبه‌های از تیپ منفعل - وابسته در تیپ‌شناسی میلون را ارزیابی می‌کند. افرادی که در این مقیاس نمره بالا می‌آورند افرادی هستند که برای حمایت، ایمنی و راهنمایی به دیگران متکی هستند و به شکل منفعلانه منتظرند که دیگران راه را به آنها نشان دهند.

مقیاس ۴ (شخصیت نمایشی^۴): این مقیاس ۱۷ گویه دارد این مقیاس جنبه‌هایی از تیپ فعال - وابسته در تیپ‌شناسی میلون را معرفی می‌کند که در این مقیاس نمرات بالا می‌گیرند. هر چند در اتکاء به دیگران مانند افراد دارای اختلال شخصیت وابسته هستند، ولی فعال بوده و معمولاً برای به دست آوردن احترام و محبت از طرف دیگران، مهارت‌های اجتماعی خوبی از خود نشان می‌دهند و در عین حال دارای یک ترس پنهان از خود مختاری و مستقل عمل کردن هستند.

مقیاس ۵ (شخصیت خودشیفته^۵): این مقیاس ۲۴ گویه دارد و از تیپ منفعل - مستقل میلون را می‌سنجد. افرادی در این مقیاس نمره بالا می‌گیرند، افرادی هستند که بیش از حد به خودشان ارزش می‌دهند و از خودراضی، متکبر و مغرور هستند خود را ذی حق دانسته و به شکل خود محورانه‌ای به خود مشغول‌اند و اگر کسر شان خود ندانند که در تعاملات اجتماعی شرکت کنند برای رسیدن به مقصود خود می‌توانند خاضعانه و مطیع نیز باشند.

مقیاس ۶A (شخصیت ضد اجتماعی^۶): این مقیاس ۱۷ گویه دارد و جنبه‌های از تیپ فعال - منفعل مستقل میلون را می‌سنجد. این افراد رفتاری تهدیدآمیز دارند. قوانین و مقررات اجتماعی را برای رسیدن به اهدافشان زیر

-
1. avoidant
 2. depressive
 3. dependent
 4. historionic
 5. narcissistic
 6. antisocial

پا می گذارند. ابائی از دروغ‌گویی، دورویی، استثمار دیگران ندارند و مرتکب جرم و جنایات در دنیایی می‌شوند، که به نظر آنها دیگران باعث رنجش آنها شده و در نتیجه آنها را به انتقام وا داشته‌اند.

مقیاس ۶B (شخصیت آزارگر^۱): این مقیاس ۲۰ گویه دارد و تیپ فعال - ناموافق از تیپ‌شناسی میلون را می‌سنجد و نام دیگر این مقیاس اختلال شخصیت پرخاشگر است. این افراد به شیوه‌ای خشن و با رفتار قدرت‌طلبانه دیگران را مورد پرخاشگری کلامی و رفتاری قرار می‌دهند و به راحتی حقوق دیگران را ضایع می‌کنند و احساسات آنها را جریحه دار می‌کنند.

مقیاس ۷ (شخصیت وسواسی^۲): این مقیاس ۱۷ گویه دارد و تیپ منفعل - دوسوگرا از تیپ‌شناسی میلون را می‌سنجد. محتوای گویه‌ها مرتبط با رفتار کمال‌گرایانه و منظم، بی‌حوصلگی، رفتار مطیعانه، سرکوب عواطف و خشکی و تعصب می‌باشد. این افراد با احساس کنترل و کمال‌گرایی، تقاضاهای بالایی از خود و دیگران دارند هرچند که آنها ظاهراً هم‌رنک و مطیع هستند اما ناراحت و رنجورند.

مقیاس ۸A (شخصیت منفی‌گرا^۳): این مقیاس که به آن اختلال شخصیت منفعل - پرخاشگر^۴ نیز گفته می‌شود. ۱۶ گویه دارد که به ارزیابی تیپ فعال - دوسوگرا در تیپ‌شناسی میلون می‌پردازد. افرادی در این مقیاس نمره بالا می‌گیرند، افرادی هستند که بین اعتنا و بی‌اعتنایی نسبت به دیگران دودل هستند و گاهی در حالی که نزاع‌های درونی آنها به موازات هم هستن، به شکل غیر معمول دچار خشم و خود سری می‌شوند که با دوره‌های از گناه و شرمساری همراه است.

مقیاس ۸B (شخصیت خود آزار^۵): این مقیاس ۱۵ گویه دارد و در تیپ‌شناسی میلون، تیپ منفعل - ناراضی را می‌سنجد. این افراد با تملق و خود ایثارگری خود را در موقعیت‌هایی قرار می‌دهند که مورد استثمار قرار گیرند. آنها ناراحتی‌ها و شرمساری‌هایی را نقل می‌کنند که ظاهراً لایق آنها بوده‌اند. این افراد به دیگران اجازه می‌دهند از آنها بهره‌کشی کنند.

آسیب‌های شدید شخصیت

مقیاس S (شخصیت اسکیزوتایپال^۶): این مقیاس ۱۶ گویه دارد و آسیب ساختاری شدیدتر را می‌سنجد. محتوای گویه‌ها مربوط به آسیب‌شناختی، ایده‌های تأثیر، انزوای بین فردی و ترجیح انزوای اجتماعی، رفتارهای وابسته و احساس کمروبی می‌باشد. افرادی که در این مقیاس نمره بالا می‌گیرند، افرادی هستند که از نظر هیجانی ملایم با عاطفه سطحی یا با یک حالت احتیاط توأم با نگرانی می‌باشند. آنها معمولاً از نظر اجتماعی منزوی هستند دلبستگی‌ای به روابط اجتماعی ندارند. بنابراین در حاشیه جامعه با اندک دلبستگی‌ها یا هیچ‌گونه دلبستگی شخصی

1. sadistic
2. compulsive
3. negativistic
4. Passive-aggressive
5. Self-defeating
6. schizotypal

باقی می ماند. فرایند تفکر آنها ممکن است مماسی، بی ربط یا درهم باشد آنها اغلب غرق در افکارشان هستند و عقیده بر این است که این افراد مستعد ابتلاء به اسکیزوفرنی هستند.

مقیاس C (شخصیت مرزی^۱): این مقیاس ۱۶ گویه دارد و محتوی گویه‌ها مرتبط با خلق بی ثبات، خشم، رفتار و واکنش‌های جنجالی، رفتارهای جویای وابستگی، خلق و روابط بی ثبات می باشد. این افراد به نسبت‌های گوناگون متزلزل در احساسات، بداخلاق، ناراحت، مضطرب و افسرده هستند و گهگاهی احساسات متناقضی از خود نشان می دهند. این افراد سابقه رفتارهای تکانشی و نیازهای شدید وابستگی به همراه ترس از ترک نشان می دهند. به نظر می رسد آنها فاقد یک احساس روشن از هویت خود هستند به طوری که دائم جویای تأیید و توجه هستند.

مقیاس P (شخصیت پارانوئید^۲): این مقیاس ۱۷ گویه دارد و محتوای گویه‌ها مربوط به ایده‌های کنترل یا نفوذ، حساسیت و گوش به زنگی در مورد اذیت و آزار، باورهای هذیانی، شکوه و شکایت و حالت تدافعی می باشند. این افراد در احساسات و الگو فکری خود محبوس هستند به شکل دفاعی، بدگمان و ظنین هستند. اغلب فکر می کنند که دیگران در تلاش برای کنترل یا نفوذ بر آنها به شیوه‌های بدخواهانه هستند، منشی آزاردهنده، تحریک پذیر، خشن و کند دارند. افکارشان خشک است. از فرافکنی به عنوان اصلی ترین مکانیسم دفاعی شان استفاده می کنند.

نشاتگان بالینی

مقیاس A (اختلال اضطراب^۳): این مقیاس ۱۶ گویه دارد و نشانه‌های اضطراب منتشر را می سنجد و محتوای گویه‌ها راجع به تنش عصبی، گریه، دودلی، نگرانی و شکوه‌های بدنی است.

مقیاس H (اختلال شبه جسمی^۴): این مقیاس ۱۲ گویه دارد و نشانه‌های اضطراب را می سنجد که ممکن است به نشانه‌های جسمی و بدنی مربوط جا به جا شده باشد محتوای گویه‌ها مرتبط با شکایت‌های بدنی نامعلوم، نگرانی، گریه، تردید و دودلی و خستگی است.

مقیاس N (دوقطبی: اختلال دو قطبی^۵): این مقیاس ۱۳ گویه دارد و هیپومانیا و برخی علائم مانیک را شدیدتر می سنجد. مقیاس شامل گویه‌های راجع به پرش افکار، انرژی زیاد، تکانشی بودن، عزت نفس افزایش یافته، احساس بزرگ منشی و فعالیت زیاد می باشد.

مقیاس D (اختلال افسردگی خویی^۶): این مقیاس ۱۴ گویه دارد و افسردگی با دوره ۲ سال یا بیشتر را می سنجد. بیماران افسرده خو قادر به ادامه و انجام کارهای روزمره علی رغم خلق افسرده‌شان می باشند. محتوای

-
1. borderline
 2. paranoid
 3. anxiety disorder
 4. somatoform disorder
 5. Bipolar: manic disorder
 6. Dysthymia disorder

گویه‌ها، بی‌احساسی، احساس دل‌سردی و فقدان انرژی، دوره‌های گریه زاری، شناخت‌های تفرآمیز و احساس گناه را منعکس می‌کند.

مقیاس B (وابستگی به الکل^۱): این مقیاس ۱۵ گویه دارد که ۶ گویه آن مستقیماً مرتبط با سوء مصرف استفاده از الکل است و ۹ گویه دیگر بطور مستقیم با باده نوشی است. این گویه‌ها شامل تکانشی بودن، دلیل تراشی‌ها، عدم تأیید ناهنجاری‌های اجتماعی، خودخواهی و پرخاشگری نسبت به اعضای خانواده می‌باشد.

مقیاس R (اختلال استرس پس از ضربه^۲): مقیاس R یک مقیاس جدید است و در نسخه‌های قبلی ام.سی.ام.آی نبوده است. ۱۶ گویه دارد و محتوای گویه‌ها در رابطه با خاطرات دردناک، وحشت‌های شبانه، گزارشاتی از تروما و فلش بک‌ها می‌باشد.

مقیاس T (وابستگی دارویی^۳): این مقیاس ۱۴ گویه دارد که محتوای آنها مربوط به سابقه‌ای از الگوی سوء مصرف مواد در گذشته و در حال حاضر است و همچنین مرتبط با گسستگی‌ها در روابط بین فردی و مشکلات تکانه می‌باشد. ۶ گویه مستقیماً سوء مصرف مواد را بررسی می‌کند و ۸ گویه به طور غیرمستقیم از طریق ارزیابی مشکلات قانونی، عدم هواخواهی از هنجارهای اجتماعی، اعمال ضد اجتماعی، رفتار غیرهمدلانه، شانه خالی کردن از زیر بار مسئولیت و دلیل تراشی می‌سنجد.

نشانه‌گان بالینی شدید:

مقیاس SS (اختلال تفکر^۴): این مقیاس ۱۷ گویه دارد و اختلال تفکر با ماهیتی سایکوتیک را می‌سنجد محتوای گویه‌ها مرتبط با ایده‌های نفوذ، توهمات، هذیانها و افکار ناخواسته است. افرادی که در این مقیاس نمرات بالا می‌گیرند رفتارشان اغلب گوشه‌گیرانه و اغلب عاطفه نامناسب نشان می‌دهند و گیج و واپس مانده به نظر می‌رسند این افراد از هم گسیخته، آشفته و یا عجیب و غریب هستند. همچنین ممکن است توهم یا هذیان و یا هر دو داشته باشند.

مقیاس CC (افسردگی اساسی^۵): این مقیاس ۱۷ گویه دارد و محتوای گویه‌های آن در رابطه با افکار خودکشی، علائم شناختی و نباتی افسردگی، ناتوانی در عملکرد، احساس یأس و ناامیدی و عدم احساس لذت می‌باشد.

مقیاس PP (اختلال هذیانی^۶): مقیاس اختلال هذیانی ۱۳ گویه دارد. ۹ گویه وزن یک و ۴ گویه وزن دو می‌گیرد، محتوای گویه‌های آن در رابطه با افکار هذیانی نظیر بزرگ منشی، گزند و آسیب است. کسانی که در این مقیاس نمرات بالا می‌گیرند، احتمالاً تشخیص اختلالات شخصیت پارانوئید نیز دریافت می‌کنند.

1. Alcohol dependence
2. Post-traumatic stress
3. Drug dependence
4. Thought disorder
5. major depression
6. delusional disorder

شاخص‌های روایی و سبک پاسخ

شاخص ۷ - روایی: این شاخص شامل ۳ جمله نامحتمل است (مثلاً در ده سال گذشته هیچ ماشینی را ندیده‌ام). اگر فرد به دو یا بیش از دو جمله از این جمله‌ها پاسخ مثبت داده باشد (یعنی گزینه بلی را علامت زده باشد)، آزمون معتبر نمی‌باشد و نمی‌توان نتایج نیم‌رخ را تفسیر کرد.

شاخص X - افشاگری^۱: این شاخص بیمارانی را شناسایی می‌کند که حساسیت و دفاع بیش از حد دارند (نمرات پایین در این مقیاس کسب می‌کنند)، یا کسانی که بسیار بی‌پرده و خود افشاگر، خود را می‌نمایانند (نمرات بالا در این مقیاس کسب می‌کنند). این مقیاس هیچ سوالی ندارد و نمره خام این مقیاس از طریق جمع زدن نمرات ۱۱ مقیاس محاسبه می‌شود. این مقیاس، تنها مقیاسی است که نمره پایین آن تفسیر می‌شود.

شاخص Y - جامعه‌پسندی و مطلوبیت^۲: این شاخص به ارزیابی میزان تلاش پاسخ دهنده در مطلوب جلوه دادن خود می‌پردازد. نمره بالا در این شاخص، نشان دهنده این است که آزمودنی تلاش کرده است خود را از نظر اخلاقی با فضیلت و از نظر عاطفی با ثبات نشان دهد. تفسیر بالینی این مقیاس با نمرات BR بالاتر از ۷۴ آغاز می‌گردد. در نمرات BR بالاتر از ۷۴ اکثر بیماران در حال انکار مشکلات روان‌شناختی و شخصی هستند.

شاخص Z - بد جلوه دهی^۳: نمره بالا در این شاخص نشان دهنده اغراق در مشکلات و علایم روان‌شناختی و تمایل به گزارش مشکلات بیشتر از آنچه واقعاً ممکن است وجود داشته باشد، می‌باشد. نمرات برافراشته از نظر بالینی در این مقیاس، ممکن است القاء کننده التماس برای کمک، بر افراشتگی عاطفی حاد یا اغراق در نشانه‌ها برای بدست آوردن نفع شخصی باشد.

موارد استفاده ام.سی.آی - ۳

از ام.سی.آی می‌توان برای تصمیم‌گیری بالینی یا تشخیص این امر که آیا فرد مبتلا به یک اختلال خاص یا دارای یک ویژگی روان‌شناختی ویژه است، استفاده کرد (باترز^۴، رتزلاف^۵ و گیبرتینی^۶، ۱۹۸۶؛ نقل از شریفی، ۱۳۸۶)

1. disclosure
2. desirability
3. debasement
4. Batters
5. Retzlaff
6. Gibrtiny

همچنین این آزمون قادر به تمایز نسبی زندانیان نیز می باشد (آرنز^۱، ایوانز^۲ و بارنت^۳، ۱۹۹۰؛ نقل از شریفی، ۱۳۸۶). از این آزمون برای شرح ویژگی‌های روان‌شناختی نیز استفاده شده است (برایر^۴، ۱۹۹۰؛ نقل از شریفی، ۱۳۸۶) همچنین به منظور کسب اطلاعات در مورد یک فرد خاص قابلیت استفاده دارد. ام.سی.ام.آی برای ارزیابی صفات شخصیت و آسیب‌های روانی طراحی شده است. انتخاب ام.سی.ام.آی از میان سایر آزمون‌های مشابه، تا اندازه زیادی یک موضوع ترجیح شخصی است و وابسته به شایستگی‌های متخصص در تفسیر پروتکل آزمون است، اما دلایل خوبی برای تشویق متخصص برای انتخاب این آزمون از میان آزمون‌های دیگر، وجود دارد. شاید مهم ترین برتری ام.سی.ام.آی نسبت به آزمون‌های همتای خود، این است که این آزمون اختصاصاً برای ارزیابی صفات شخصیت (محور دو DSM-IV) طراحی شده است. همچنین این پرسشنامه دارای محاسن زیر می باشد:

۱. نسبت به نظریه بسیار وفادار است و از یک نظریه بالینی جامع ساخته شده است.
۲. روایی درونی و برونی آن بسیار نوید بخش است.
۳. استفاده از نمره برش پایه یک نوآوری برجسته است و احتمالاً به افزایش دقت تشخیص منجر شده است.
۴. سادگی اجرا: اجرای ام.سی.ام.آی نسبتاً سریع است و دامنه گسترده ای از صفات شخصیتی و علائم بالینی را اندازه می گیرد.
۵. همپوشی گسترده ماده‌ها بدلیل استفاده مشترک برای نمره گذاری مقیاس‌های مختلف، اغلب باعث همبستگی بالای مقیاس‌ها شده است.
۶. این آزمون ملاک‌های تشخیصی مورد استفاده در DSM-IV را منعکس می کند.
۷. منبع تفسیرهای ارائه شده برای میلیون ۳ مبتنی بر ترکیبی از روابط نظری و تجربی است. با وجود این نقاط قوت ام.سی.ام.آی عاری از ضعف نیست. موارد زیر مهم ترین نقاط ضعف این آزمون می باشد.
۱. عدم تعادل بین گویه‌های درست و غلط: اکثر گویه‌ها بلی کلید گذاری شده‌اند. بنابراین این آزمون حساس به بیماران دارای آمایه پاسخ‌دهی راضی کننده می باشد.
۲. این آزمون در ارزیابی بیماران مبتلا به آسیب‌های شخصیتی خفیف و افراد مبتلا به سایکوتیک ضعیف است.
۳. استفاده از این آزمون برای افراد غیر بالینی با محدودیت روبرو می باشد.

1. Ahrens
2. Evans
3. Barentt
4. Bryer

۴. ام.سی.ام.آی بیشتر سبک شخصیت را می‌سنجد تا آنکه نشانگر اختلال شخصیت باشد. زیرا استنباط اختلال شخصیت از روی سبک شخصیت می‌بایستی توسط فرد متخصص و نه پرسشنامه بعمل آید.

۵. مقیاس‌ها و تفسیرهای مرتبط با آنها بر کاستی‌های یک مراجع تاکید دارند بدون آنکه این کاستی‌ها را با توانمندی‌های وی مقایسه کنند، که نتیجه آن احتمالاً یک توصیف آشکارا منفی از کارکرد یک مراجع خواهد بود (مارنات^۱، ۱۳۸۴؛ شریفی، ۱۳۸۶)

از ام.سی.ام.آی هم به عنوان یک ابزار غربال‌گر و هم به عنوان بخشی از یک مجموعه آزمون استفاده می‌شود. در صورت استفاده از این آزمون به عنوان بخشی از یک مجموعه، باید از اطلاعات ارجاعی و پیشینه فرد برای تعیین سایر آزمون‌ها در این مجموعه استفاده کرد. همچنین از این آزمون به عنوان بخشی از یک مجموعه آزمون عصب - روان‌شناختی برای ارزیابی آسیب‌های مغزی نیز استفاده می‌شود (شریفی، ۱۳۸۶).

اجرا و نمره گذاری در ام.سی.ام.آی - ۳

اجرای ام.سی.ام.آی - ۳ همانند سایر پرسشنامه‌های خوداظهاری می‌باشد. بدین صورت که راهنمای پاسخ به سؤالات در صفحه اول آزمون چاپ شده است که به آزمودنی کمک می‌کند با دقت بیشتری به سؤالات پاسخ دهد. این آزمون بر روی بیماران بالاتر از ۱۸ سال و با سطح سواد حداقل پنج کلاس اجرا می‌شود. همچنین این آزمون نباید بر روی بیمارانی که زیاد خسته می‌شوند، افرادی که درد و ناراحتی هستند یا در حالت گیجی فعال به سر می‌برند و افراد غیر بالینی اجرا شود (شریفی، ۱۳۸۵).

میلون (۱۹۹۴، ۱۹۸۷ و ۱۹۸۳؛ نقل از شریفی، ۱۳۸۶) مکرراً در مورد استفاده این آزمون برای افراد سالم هشدار داده است به این علت که طراحی، استاندارد سازی و هنجاریابی این آزمون برای جمعیت بیمار بوده است. ماما مورلند^۲ (۱۹۹۲) بیان می‌کند اگر متخصص، گروهی را که آزمودنی با آن مقایسه می‌شود به خاطر داشته باشد، ما فکر نمی‌کنیم استفاده از ام.سی.ام.آی برای افراد سالم، مطلقاً اشتباه باشد. بنابراین استفاده از این آزمون برای آزمودنی‌هایی که مشکلات هیجانی خاصی ندارند، با احتیاط و حفظ تمام جوانب بلا مانع است.

تجربه نشان داده است که حداقل همه آزمودنی‌ها در یکی از مقیاس‌های اصلی شخصیت نمره برافراشته می‌گیرند، ولی این بدان معنی نیست که آنها لزوماً اختلال شخصیت دارند. در عین حال آزمودنی‌های غیر روان پریش در هیچ یک از مقیاس‌های اختلال شدید شخصیت یا نشانگان بالینی نمره برافراشته نمی‌گیرند (شریفی، ۱۳۸۶).

نمره گذاری این آزمون طبق دستورالعمل و جداول نمره نرخ پایه و کلید آزمون و نهایتاً با رسم نیمرخ، صورت می‌گیرد. اولین مرحله نمره گذاری تعیین جنسیت است. در صورتی که جنسیت مشخص نباشد، آزمون کلید گذاری نمی‌شود. مرحله دوم بررسی آیت‌های بدون پاسخ یا دارای دو پاسخ می‌باشد که اگر این دسته از پاسخ‌ها ۱۲ یا بیشتر بودند آزمون نامعتبر تلقی می‌شود و کلید گذاری انجام نمی‌شود. آیت‌ها بعد که باید مورد بررسی قرار گیرد سن آزمودنی است که باید بیشتر از ۱۸ سال باشد. پس از آن به بررسی مقیاس روایی باید پرداخت که

1. Marnat

2. Moreland

این مقیاس از بررسی سه سؤال ۶۵، ۱۱۰ و ۱۵۷ بدست می‌آید در صورتی که مقیاس روایی بیشتر از یک باشد، پاسخ‌ها نامعتبر می‌باشد و کلیدگذاری انجام نمی‌شود. در مرحله بعد نمرات خام همه مقیاس‌ها جز مقیاس X و V بدست می‌آید و پس از آن نمره مقیاس X بدست می‌آید که نمره خام این مقیاس باید بین ۳۴ تا ۱۷۸ قرار گیرد در غیر این صورت آزمون نامعتبر تلقی می‌شود. در مرحله بعد نمرات نرخ پایه تمام مقیاس‌ها جز مقیاس V بر اساس جداول نمرات نرخ پایه تعیین می‌گردد. و نهایتاً پس از اصلاح مقیاس X، $X \times \frac{1}{2}$ ، اضطراب و افسردگی (AD)، ۱، انکار/شکایت (DC)، مطلوبیت و بدنمایی و تعیین نمرات BR نهایی، نیمرخ نمرات رسم می‌گردد (شریفی، ۱۳۸۶؛ فتوحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۲).

تفسیر ام.سی.ام.آی - ۳

دیدگاه میلون به شخصیت، دیدگاه سیستمی است. بنابراین به نظر میلون کنش یا بدکنشی ساختار درونی شخصیت، به محیطی که فرد در آن قرار دارد (خانواده یا اجتماع) نیز بستگی دارد. ملاک شدت اختلال شخصیت در نظریه میلون، میزان نقص در توانایی‌های اجتماعی، روبرو بین فردی بی ثبات و مایوس شدن مکرر در روابط بین فردی است. از این دیدگاه، شدت اختلال تابع فرد و اجتماع است. یعنی نه تنها پویایی‌های درونی، بلکه پویایی‌های بین فردی هم نقش مهمی در بروز اختلال دارند. این دید سیستمی در تعیین سه گروه گسترده اختلالات شخصیتی DSM به کار گرفته شده است. گروه اول شامل اختلالات شخصیتی وابسته، نمایشی، خودشیفته و ضد اجتماعی است. این افراد در تعاملات اجتماعی خود یا وابسته‌اند یا مستقل، اما یک وجه مشترک دارند و آن اینکه ساختار درون روانی آنها این توانایی را به آنها می‌دهد که به شیوه‌ای متمرکز و باثبات با دیگران برخورد کنند. گروه دوم شامل اختلال‌های شخصیتی وسواسی، منفی‌گرا، آزارگر، خود آزار، اسکیزوئید و دوری‌گزین هستند که کنشوری اینها پایین‌تر از گروه اول است. شاید به دلیل از هم گسیختگی در دو شخصیت وسواسی و منفی‌گرا هم در روابط فردی و هم در فرایندهای درون روانی فرد. آنها نمی‌توانند در مورد مستقل بودن یا وابسته بودن موضعی ثابت اتخاذ نمایند و در نتیجه رفتارهای اجتماعی متضاد از خود نشان می‌دهند و از درون احساس چندپاره شدن می‌کنند. گروه سوم سه اختلال مرزی و پارانوئید و اسکیزو تایپال را در بر می‌گیرد که در هر سه اختلال روابط کل و جزء به نحوی آسیب می‌بیند (شریفی، ۱۳۸۶).

چوکا و وندنبرگ^۱ (۱۹۹۷؛ نقل از شریفی، ۱۳۸۶) معتقدند هشت مقیاس اصلی شخصیت، سبک‌های شخصیت را می‌سنجند و نه اختلالات شخصیت را. آنها بیان می‌کنند که این مقیاس‌ها، تصورات پایه، نگرش‌های غالب و شیوه‌های سازگاری هر فرد را ارزیابی می‌کنند و برافراشتگی در این مقیاس‌ها لزوماً دال بر اختلال یا آسیب شخصیت نیست.

1. Choca & Vandenburg

بهترین روش تفسیر نتایج این آزمون شاید این باشد که نمره برافراشته فرد در یک مقیاس، پایه و اساس در نظر گرفته شود و برافراشتگی های دیگر بر اساس آن، شرح داده شود. اما توصیه می شود ابتدا تک تک سبک های شخصیت جداگانه مورد بررسی قرار گیرد و سپس ترکیب مقیاس ها، در نظر گرفته شود (شریفی، ۱۳۸۶).

روش تفسیر گام به گام

میلون (۱۹۹۴)، ترجمه شریفی، (۱۳۸۳) در کتاب آزمون بالینی چند محوری میلون ۳، گام هایی را برای تفسیر ارائه می کند که در ادامه بدان اشاره گردیده است.

گام اول: واریسی شاخص های روایی

- اولین نمره ای که به هنگام تفسیر ام.سی.ام.آی باید مورد توجه قرار گیرد، نمره مقیاس روایی (V) است. پژوهش ها نشان داده اند که این مقیاس در شناسایی بیشتر از ۹۰ درصد از پروتکل های که به گونه تصادفی تکمیل شده اند بسیار حساس است (بگ بای^۱، جلیس^۲ و راجرز^۳، ۱۹۹۱؛ رتزلوف، شیهان^۴، فیل^۵، ۱۹۹۱). بنابراین، آزمونگر باید بدقت پروتکل های دارای نمره روایی یک را بررسی کند، اگر توضیح و تبیین این نمره امکان پذیر است می توان باور کرد که آزمون با دقت پاسخ داده شده است. اگر هیچ توضیحی برای این نمره وجود ندارد، آزمون نامعتبر و مردود محسوب می شود. اگر نمره شاخص روایی مساوی صفر باشد، آزمون معتبر است، اگر V مساوی ۱ باشد، نتایج دارای روایی مشکوک هستند و اگر V مساوی ۲ یا ۳ باشد، نتایج نامعتبر است.

- نمره خام مقیاس X (افشاگری) در دامنه ۳۴ تا ۱۷۸ معتبر است. نمره کمتر یا بیشتر باعث نامعتبر شدن نتایج می شود. افرادی در این شاخص نمره کمتر از دامنه قابل قبول می گیرند که به اکثر گویه ها پاسخ «خیر» داده اند. احتمالاً آزمودنی، گویه ها را یا نخوانده یا خوب نفهمیده است و به همه یا بیشتر آنها پاسخ منفی داده است. اگر همه گویه ها با «خیر» پاسخ داده شوند، نمره مقیاس روایی صفر می شود، زیرا تنها در صورتی نمره مقیاس روایی بالاتر از صفر می شود که گویه های مربوط به این مقیاس با «بلی» پاسخ داده شده باشند. در این حالت باید نیمرخ نامعتبر اعلام شود.

این احتمال نیز وجود دارد که آزمودنی بسیار دفاعی بوده است. در چنین مواردی فرد ممکن است همه گویه ها را بخواند و معنای آنها را درک کند، اما با عدم پذیرش گویه های حاوی صفات و ویژگی های روانشناختی، از خود دفاع کند. متأسفانه وقتی آزمودنی ها تمایل به وانمود خوب دارند، این شاخص در دامنه قابل قبول باقی می ماند (رتزلوف، شیهان و فیل، ۱۹۹۱). در مواردی که نمره شاخص افشاء پایین تر از ۳۴ است و پایین بودن این نمره قابل اسناد به دفاعی بودن آزمودنی است، چون دفاع آزمودنی شدید است و پروتکل او اطلاعات بسیار اندکی

-
1. Begby
 2. Gillis
 3. Ragers
 4. Sheehan
 5. Fiel

در اختیار ما قرار می‌دهد، این پروتکل نامعتبر محسوب می‌شود. در این گونه موارد ترغیب آزمودنی به تکمیل مجدد آزمون به شیوه‌ای کمتر دفاعی و بادقت، سودمند است.

- در مقیاس Y (جامعه‌پسندی) نمرات برافراشته، بیانگر تلاش بیمار برای ارائه یک تصویر مطلوب از خود است.

- در مقیاس Z (بد جلوه دهی) نمرات برافراشته بیانگر اغراق بیمار در مورد مشکلات روان‌شناختی خویش است.

- سبک پاسخ بیمار به آزمون را در یک پاراگراف توضیح دهید.

گام دوم: واری مقیاس‌های آسیب شدید شخصیت

وقتی چند مقیاس برافراشته در الگوهای بالینی شخصیت و مقیاس‌های آسیب شدید شخصیت وجود دارد، قاعده کلی این است که مقیاس‌های نشان دهنده آسیب شدیدتر شخصیت، باید اول تفسیر شوند. بنابراین اگر اسکیزوتایپال (S)، مرزی (C) و پارانوئید (P) از نظر بالینی برافراشته‌اند، تأکید تفسیر بر این مقیاس‌ها گذاشته شود و از مقیاس‌های برافراشته دیگر، برای فراهم کردن ویژگی‌های مرتبط با این شخصیت‌ها استفاده شود.

گام سوم: واری الگوهای بالینی شخصیت

ابتدا آزمونگر باید به بررسی برافراستگی مقیاس ۱ تا مقیاس AB پردازد و مقیاس‌هایی را که از نظر بالینی برافراشته‌اند، تفسیر کند. اگر بیش از سه مقیاس نمره BR، ۷۵ یا بالاتر دارند، آزمونگر باید تفسیرهای خود را به دو یا سه مقیاس از برافراشته‌ترین مقیاس‌ها محدود کند. همچنین اگر چند برافراستگی وجود دارد، آزمونگر باید در مورد اینکه کدام عامل یا عوامل منجر به این برافراستگی‌ها در آن مقیاس‌ها شده، فکر کند. مثلاً اگر مقیاس‌های ضد اجتماعی (۶A)، آزارگر (پرخاشگر، ۶B) و منفی‌گرا (۸A) همه برافراشته باشند، نشان دهنده عصبانیت هیجانی است که همه این مقیاس‌ها را تحت تأثیر قرار داده است. اگر مقیاس‌های اسکیزوئید (۱)، اجتنابی (۲) و وابسته (۳) همه برافراشته باشند، نشان دهنده انزوای عاطفی و انفعال است.

گام چهارم: واری مقیاس‌های نشانگان بالینی

اگر نمرات BR نشانگان شدید بالینی ۷۵ یا بالاتر باشند آزمونگر باید ابتدا به تفسیر مقیاس‌های نشانگان شدید بالینی پردازد، سپس سایر مقیاس‌های نشانگان بالینی را تفسیر کند. وقتی نمرات BR، بین ۷۵ و ۸۴ است، آزمونگر می‌تواند نشانگان را با قید کلمه «واجد» مشخص کند یعنی واجد برخی از ویژگی‌های آن اختلال است نه همه آنها. وقتی نمرات BR، ۸۵ یا بالاتر هستند، نشانگان را با قید کلمه تشخیص اول یا اصلی مشخص کند، یعنی بیمار تمام ویژگی‌های آن اختلال را دارد. اگر بیش از یک مقیاس با نرخ پایه ۸۵ و بالاتر وجود داشته باشد، بالاترین نمره، تشخیص اولیه یا اصلی در محور یک می‌باشد.

گام پنجم: تفسیر معنای یک نشانگان در زمینه سبک یا اختلال شخصیت مراجع

اگر یک بیمار، یک شخصیت مختلط خودشیفته (۵) و ضد اجتماعی (۶A) و نمرات برافراشته در مقیاس وابستگی به مواد (T) دارد، شاید سوء مصرف مواد، بخشی از زیاده‌روی و افراط‌گری فرد خودشیفته باشد یا شاید

بیمار از مواد برای تسکین جریحه‌دار شدن غرور و خود شیفتگی خود استفاده می‌کند و شاید بیمار به طور کلی منحرف باشد و سوء استفاده از مواد، بخشی از آن انحراف کلی باشد که با برون‌ریزی مشخص می‌شود، یا شاید یک رنجش عمیق از تلاش‌های آشکار دیگران برای کنترل بیمار و دوره‌های سوء استفاده از مواد باشد. به هر علت که باشد آزمونگر باید برای فهم معنی آن نشانه، در زندگی شخص تلاش کند.

گام ششم: تلفیق یافته‌های آزمون با سایر منابع اطلاعاتی

آزمونگر هرگز نباید تصمیمات بالینی را بر یک منبع از داده‌ها بنا نهد، بلکه باید از چند منبع اطلاعاتی استفاده کند و یافته‌های آزمون را باید با اطلاعات دیگر (مثل تاریخچه فردی، مصاحبه بالینی، اطلاعات جنسی و سوابق طبی) تلفیق کند.

تعامل مقیاس‌ها

برافراشتگی در برخی مقیاس‌ها ممکن است تفسیر مقیاس‌های دیگر را تغییر دهد. رایج‌ترین تعامل‌ها عبارت است از: مقیاس افسرده با مقیاس‌های A, D, B or T, D or CC، مقیاس N با مقیاس‌های B or T, PP، مقیاس CC، مقیاس D با مقیاس B یا T، مقیاس SS با B یا T، مقیاس PP با B یا T (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۲).

تعامل مقیاس‌های روایی

- نمرات پایین در مقیاس‌های X و Y همراه با برافراشتگی در مقیاس Z، بیان‌کننده مبالغه متوسط در مورد مشکلات عاطفی جاری است.

- نمرات پایین در مقیاس‌های X و Y همراه با برافراشتگی در مقیاس Y، بیان‌کننده تمرکز بر مراقبت از سلامت روانی است.

- نمره پایین در مقیاس Y همراه با برافراشتگی در مقیاس‌های X و Z، بیانگر این است که تأکید بر مراقبت از نظر روان‌شناختی، ناسازگارانه است.

- نمره نرخ پایه بزرگ‌تر از ۸۵ در مقیاس Z و کوچکتر از ۴۰ در مقیاس Y، بیانگر اغراق در علائم و نشانه‌ها است (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۲).

فرایند تحلیل ام.سی.ام.آی - ۳

پس از بررسی روایی قابل قبول و سبک نمره‌ها، باید به معنای کلی همه نمره‌ها توجه شود. درمانگر باید بررسی کند که آیا نیمرخ روانی هر یک از زوج‌ها به سطح BR (سطح پایه) یعنی سطحی که نمایانگر وجود اختلال شخصیتی (BR بالای ۸۵)، صفت شخصیتی (BR بین ۷۵-۸۴) یا ویژگی‌های شخصیتی (نمره‌های BR نزدیک به ۷۵) است، می‌رسد یا نه. پس از آن، نمره‌های معنی‌دار باید با سایر اطلاعات، جمع‌آوری و مقایسه شوند. برای مثال، این‌ها شامل کشف همسانی یا نبود همسانی بین داده‌ها در مورد شکوه‌ها، سطح اجتماعی-اقتصادی، شغل و

تاریخچه کلی فردی و خانوادگی، از جمله توجه خاص به شناسایی هریک از مسایل دوره‌های زندگی فردی و خانوادگی است. به عنوان جنبه‌ای از سنجش اولیه داده‌های موجود، باید کار کرد کلی سبک نیاز هر فرد، به طور کلی با توجه به شغل او در خارج از خانه مورد بررسی قرار گیرد. برای مثال می‌توان انتظار داشت برافراشتگی مقیاس و سواسی بودن یک حسابدار موفق تا اندازه‌ای معنی‌دار باشد. پس از تحلیل کلی، تحلیل عمیق شخصیتی با استفاده از دستورالعمل آزمون انجام می‌شود (نرس، ۱۳۸۹).

اعتبار و روایی ام.سی.ام.آی - ۳

مطالعات مربوط به اعتبار و روایی نشان می‌دهد که پرسشنامه میلون به طور کلی یک ابزار روان سنجی به خوبی سازمان یافته است و به ویژه همسانی درونی آن بالاست.

پایایی

در ایران چندین مطالعه در مورد ام.سی.ام.آی انجام شده است. اولین مطالعه توسط خواجه موگهی (۱۳۷۲) به منظور هنجاریابی این آزمون در شهر تهران صورت گرفته است.

در مطالعه خواجه موگهی (۱۳۷۲) ضریب پایایی مقیاس‌های ام.سی.ام.آی-۲ به روش بازآزمایی با فاصله ۷ تا ۱۰ روز از دامنه ۰/۷۸ (نمایشی) تا ۰/۷۸ (اختلال هذیانی) بدست آمده است. در این مطالعه میانگین همسانی درونی به روش KR-۲۰ در تمام مقیاس‌ها با دامنه‌ای از ۰/۶۹ (اختلال هیجانی) تا ۰/۹۲ (مرزی) با متوسط ۰/۸۴ بدست آمده است (شریفی، ۱۳۸۶).

در مطالعه شریفی (۱۳۷۲) همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است. همچنین در این مطالعه پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده است و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۵ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از ضربه) به دست آمده است (شریفی، ۱۳۸۶).

در مورد پایایی میلون ۳، پنج مجموعه‌ی داده وجود دارد که فاصله‌ی باز آزمایی آنها بین ۵ تا ۶ ماه بوده است و برای مقیاس‌های اختلال شخصیت همبستگی متوسط ۰/۷۸، مقیاس‌های نشانگان بالینی همبستگی متوسط ۰/۸۰ و برای تمامی مقیاس‌ها همبستگی متوسط ۰/۹۰ را گزارش نموده است (کریک و اولسان، ۱۹۹۸؛ به نقل از عباسیان، ۱۳۹۲).

روایی

در مطالعه شریفی (۱۳۸۱) روایی مقیاس‌های ام.سی.ام.آی-۳ از طریق روایی تشخیصی و با محاسبه خصیصه-های عامل (توان پیش‌بینی مثبت، توان پیش‌بینی منفی و توان پیش‌بینی کل) بدست آمده است. روایی تشخیصی تمام مقیاس‌های ام.سی.ام.آی-۳ بسیار خوب برآورده شده است. به عنوان مثال توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها از دامنه ۰/۵۸ (اختلال شخصیت نمایشی) تا ۰/۸۳ (اختلال هذیانی) و توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها از ۰/۹۳ (اختلال شخصیت منفی گرا تا ۰/۹۹ (اختلال اضطراب) متغیر است (شریفی، ۱۳۸۶).

به منظور محاسبه روایی تشخیصی هریک از مقیاس‌ها از طریق مقایسه گروه‌های تشخیصی بر اساس DSM و نمرات بدست آمده در آزمون ام.سی.ام.آی-۳ محاسبه گردید. به این منظور خصیصه‌های عامل، نرخ پایه شیوع، حساسیت، ویژگی، توان پیش‌بینی مثبت، توان پیش‌بینی منفی و توان تشخیصی کل به تفکیک براساس دسته-بندیهای تشخیصی نرخ پایه ۷۴ (تشخیص اول یا دوم) نرخ پایه ۸۵ (تشخیص اول) محاسبه گردید. توان تشخیص کل، توان پیش‌بینی مثبت، توان پیش‌بینی منفی تمام مقیاس‌های ام.سی.ام.آی-۳ از تشخیص‌های اول و دوم بسیار خوب است و بیشترین توان تشخیص کل (۰/۹۳) مربوط به اختلال استرس پس از ضربه (R) می‌باشد و کمترین توان تشخیص (۰/۸۶) مربوط به مقیاس افسرده خویی (D) است همچنین مقیاس شخصیت ضد اجتماعی (۶A) با بیشترین توان پیش‌بینی مثبت (۰/۸۳) در صدر و مقیاس شخصیت اسکیزوئید (۱) با کمترین توان پیش‌بینی مثبت (۰/۶۷) در پایین‌ترین حد می‌باشد (شریفی، ۱۳۸۶).

توان پیش‌بینی مثبت، توان پیش‌بینی منفی و توان پیش‌بینی کل تمام مقیاس‌های آزمون ام.سی.ام.آی-۳ از تشخیص اول بسیار خوب بود. از نظر توان تشخیص کل مقیاس شخصیت سادیستیک (۶B) با بیشترین توان (۰/۹۸) در صدر و مقیاس منفی گرا (۸A) با کمترین توان در انتها قرار دارد. همچنین مقیاس اختلال هذیانی (PP) با بیشترین 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 منفی گرا (۸A) با توان (۰/۹۳) در انتها قرار گرفته است (شریفی، ۱۳۸۶).

مطالعه دیگر توسط افخم ابراهیمی و صالحی (۱۳۷۹) به منظور بررسی میزان توافق مصاحبه‌های بالینی و سازمان یافته با آزمون ام.سی.ام.آی-۲ در تشخیص اختلال‌های شخصیت صورت گرفته است. افخم ابراهیمی و صالحی (۱۳۷۹) با اجرای ام.سی.ام.آی-۲ در مورد ۱۴۰ بیمار سرپایی در تهران و انجام مصاحبه بالینی و سازمان یافته به بررسی میزان توافق مصاحبه‌های بالینی و سازمان یافته با ام.سی.ام.آی-۲ پرداخته‌اند. نتایج بدست آمده همگرایی متوسطی را بین دو نوع مصاحبه با ام.سی.ام.آی-۲ نشان داده است.

پیشینه تجربی

در تحقیقی که یحیوی و همکاران (۱۳۹۳)، با هدف تعیین رابطه اختلالات شخصیت و نشانگان بالینی با سازگاری در ازدواج انجام داده بودند نتایج نشان داد که بین الگوهای بالینی شخصیت و نشانگان بالینی و سازگاری در ازدواج رابطه معنادار وجود دارد. به طوری که بین الگوهای بالینی اسکیزوئید، دوری‌گزین، افسرده، خودشیفته، دگرآزار، منفی‌گرا، اسکیزوتایپی، مرزی، رابطه منفی معنادار به دست آمد. از آنجا که نتایج این پژوهش مؤید آن بود که بین اختلالات شخصیت و نشانه‌های مرضی با ناسازگاری در ازدواج رابطه وجود دارد؛ بنابراین به نظر می‌رسد بررسی وضعیت روانی-شخصیتی افراد در طی مشاوره‌های قبل از ازدواج از ضرورت برخوردار است تا ماندگاری ازدواج بیشتر گردد.

همچنین بیرامی و جمالی (۱۳۹۲) در مطالعه ای که با عنوان مقایسه اختلالات شخصیت خوشه C در زوجین متقاضی طلاق با افراد غیر عادی انجام دادند، بدین نتیجه رسیدند که بین افراد عادی و زوجین متقاضی طلاق در اختلالات شخصیت خوشه C تفاوت معنادار وجود دارد.

در همین راستا قره داغی (۱۳۹۰) در مطالعه ای که با هدف مقایسه اختلالات شخصیت (الگوهای بالینی شخصیت و الگوهای بالینی شدید شخصیت بین زنان مطلقه و عادی شهرستان شوشتر انجام داد نتایج بیانگر بیشتر بودن اختلالات شخصیت در زنان مطلقه نسبت به زنان عادی بود.

خدایی اردکانی و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقشان با عنوان بررسی میزان رضایت زناشویی و اختلالات روانشناختی در همسران بیماران دچار PTSD در یافتند که اختلال های تروماتیک ثانویه می تواند باعث اختلال در عملکرد خانواده شوند و توجه به آنها در آموزش، درمان و توانبخشی بیماران مبتلا به PTSD مهم شمرده می شوند.

در تحقیقی که تریودی^۱ و همکاران (۲۰۰۹) انجام دادند نشان داده شده است که زنان مطلقه از اضطراب و افسردگی بیشتری رنج می برند و نمرات الگوی شخصیت منفی گرا، خود آزار و وابسته در بین آنها بیشتر از زنان عادی بود.

در مطالعه بالسترینو^۲ و همکاران (۲۰۰۸) که با عنوان علل و نتایج طلاق انجام شد چنین نتیجه گیری شد که اختلالات شخصیت می تواند هم به عنوان علت طلاق و هم به عنوان نتیجه طلاق در نظر گرفته شود.

همچنین در تحقیقی که توسط باتر^۳ (۲۰۰۷) با عنوان ویژگی های شخصیتی زنان مطلقه و متأهل بر اساس آزمون میلون ۲ صورت گرفت، چنین نتیجه گیری شد که نمرات زنان مطلقه در مقیاس های اختلال خودشیفته، ضد اجتماعی، خود آزار و وابستگی به الکل بیشتر از نمرات زنان متأهل بود. او عنوان کرد که آزمون میلون برای مشاوره پیش از ازدواج و پیش بینی ازدواج موفق بسیار مناسب است.

البته تحقیقاتی که در رابطه با ام.سی.ام. ای صورت گرفته است عمدتاً به بررسی ویژگی های روان سنجی آزمون پرداخته اند که در قسمت ویژگی های روان سنجی آزمون به آن ها اشاره شده است.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به ویژگی های ام.سی.ام.آی-۳ و پژوهش های انجام شده می توان گفت، اگرچه ام.سی.ام.آی عمدتاً کاربرد بالینی دارد و اجرای آن بر روی اشخاص غیر بالینی و عادی با محدودیت همراه است اما به نظر می رسد این آزمون با توجه به اینکه قادر به تشخیص اختلالات شخصیت و یا اشخاص واجد برخی از ویژگی های اختلالات شخصیت می باشد، می تواند به عنوان ابزاری مناسب به منظور بررسی وضعیت روانی و شخصیتی افراد در مواقعی که مشاور ازدواج استفاده از آن را لازم می داند، مطرح شود. در غیر این صورت استفاده نابجای این ابزار می تواند

1. Trivedi

2. Balestrino

3. Bater

زیان‌های گاهاً جبران‌ناپذیری به جای گذارد. بنابراین این آزمون به عنوان ابزاری که برای تمامی متقاضیان ازدواج - همچون آزمون MBTI یا ۱۶ عاملی کتل - مورد استفاده قرار گیرد، معرفی نمی‌شود.

فهرست منابع

- افخم ابراهیمی، عزیزه و صالحی، منصور. (۱۳۷۹). بررسی میزان توافق مصاحبه‌های بالینی و سازمان یافته با آزمون MCMII-II در تشخیص اختلالات شخصیت. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۲، ۷۹-۸۶.
- بیرامی، منصور و جمالی، ماندانا. (۱۳۹۰). مقایسه اختلالات شخصیت خوشه C در زوجین متقاضی طلاق با افراد عادی. *زن و مطالعات خانواده*، دوره ۴، شماره ۱۴، ۸۵-۱۰۱.
- حسینخانی نایینی، هادی (۱۳۸۶). *مشاوره ازدواج*. ماهنامه پژوهش و حوزه، شماره ۳۲، ۱۵۹-۱۳۲.
- خدایی اردکانی، محمدرضا؛ میراب زاده اردکانی، آرش و جمهری خامنه، پروین. (۱۳۸۹). بررسی میزان رضایت زناشویی و اختلالات روانشناختی در همسران بیماران دچار PTSD: بررسی مقایسه‌ای (چکیده دهمین همایش پیاپی سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران). *فصلنامه اندیشه و رفتار*، دوره ۱۶، شماره ۳، صفحه ۲۹۰.
- خواجه موگهی، ناهید. (۱۳۷۲). *آماده سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون-۲ در شهر تهران*، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی (چاپ نشده)، انستیتو روانپزشکی تهران.
- سار توریوس، نورمن؛ لف، جولیان؛ لویز ایبور، خوان خوزه؛ ماج، ماریو و اوکاشا، احمد. (۱۳۹۰). *خانواده و اختلالات روانی، از فشار تحمیل شده تا توانمند سازی آنها*. ترجمه: آجیل چی، بیتا. تهران: ارجمند.
- شریفی، علی اکبر. (۱۳۸۵). *میلون-۳*. تهران: روان سنجی.
- شریفی، علی اکبر. (۱۳۸۶). *راهنمای ام.سی.ام.آی: میلون-۳*. تهران: روان سنجی.
- شریفی، علی اکبر؛ مولوی، حسین و نامداری، کوروش (۱۳۸۶). *روایی تشخیصی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون-۳*. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان شناسی*، ۳۴، ۳۸-۲۷.
- صادقی، میر محمد مهدی. (۱۳۸۴). *ازدواج، آموزش پیش از ازدواج*. تهران: سازمان بهزیستی کشور.
- عباسیان، سمیه. (۱۳۹۳). *معرفی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون و ویژگی‌های روان‌سنجی آن*. سایت مرکز خدمات روان‌شناسی سیاوشان.
- فتحی آشتیانی، علی؛ داستانی، محبوبه. (۱۳۹۲). *آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. تهران: بعثت.
- قره داغی، ماندانا. (۱۳۹۰). مقایسه اختلالات شخصیت (الگوهای بالینی شخصیت و الگوهای بالینی شدید شخصیت) بین زنان مطلقه و عادی شهرستان شوشتر. *یافته‌های نو در روانشناسی*، دوره پنجم، شماره ۱۶، ۶۹-۸۲.
- مارنات، گری گراث. (۱۳۸۴). *راهنمای سنجش روانی (جلد اول)*، ترجمه پاشا شریفی، حسن؛ نیکخوا، محمدرضا. تهران: رشد.

میلون، تئودور. (۱۹۹۴). *آزمون بالینی چند محوری میلون ۳*. ترجمه و تحقیق شریفی، علی اکبر (۱۳۸۳). تهران: مؤسسه تحقیقاتی علوم رفتاری سینا.

نرس، ا. رادنی (۱۳۸۹). *سنجش خانواده*. ترجمه: حسن پاشا شریفی، باقر ثنایی، سیمین دخت رضاخانی، احمد حیدرنیا و علیرضا بوستانی پور. تهران: سخن.

ویلیامز، لی؛ ادواردز، تادام؛ پترسون، جولین (۱۳۹۲). *مهارت‌های اساسی سنجش برای زوج درمانگران و مشاوران خانواده*. ترجمه: زهراکار، کیانوش؛ لواف پورنوری، فرشاد. تهران: روان.

یحیوی، رباب؛ خانجانی، زینب و علیوندی وفا، مرضیه. (۱۳۹۳). *پیش بینی سازگاری در ازدواج بر اساس الگوهای بالینی شخصیت و نشانگان بالینی*. فصلنامه نسیم تندرستی (سلامت)، آماده انتشار.

Ballestrino, A., Ciaridi, C., & Mammini, C. (2008). On the Causes and consequences of divorce. *CESifo working paper*. No, 2347.

Bater, k. (2007). Divorce and psychopathology: personality characteristics of divorced and conjugal couples on the millon clinical multixial inventory-II. *Indian Journal of clinical psychology*, 25 (1). 20- 26.

Millon, T., Davis, R. D., & Millon, C. M. (1997). *Diagnostic validity of MCMI-III*. *Journal of Personality Assessment*, 68, 62-68.

Trivedi, J. K., Sareen, H., & Dhyani, M. (2009). Psychological aspects of widowhood and divorce. *Journal of Mens Sana*. 7, 37-49.