

فصل ۹

پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون^۱

پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون (MCMI) یک پرسشنامه خودسنجی استاندارد شده است که دامنه گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان به آزمون را می‌سنجد. این پرسشنامه برای بزرگسالان ۱۸ سال و بالاتر که دست کم توانایی خواندن آنان تا سطح کلاس هشتم است طراحی شده است. MCMI از جمله آزمون‌های منحصر به فردی است که در آن بر اختلال‌های شخصیت و نشانه‌هایی که اغلب با این اختلال‌ها همراه هستند، تأکید می‌شود. نسخه اصلی این آزمون در سال ۱۹۷۷ (میلون، ۱۹۷۷) تدوین شد و از آن زمان تاکنون سه بار تجدید نظر شده است (MCMI-II، میلون، ۱۹۸۷؛ MCMI-III، میلون، ۱۹۹۴، ۱۹۹۷؛ MCMI-IV، میلون، گراسمن^۲ و میلون، ۲۰۱۵). از زمان چاپ نسخه اصلی این

پرسشنامه تاکنون بیش از ۱۰۰۰ مقاله درباره آن منتشر شده و یکی از پر استفاده‌ترین آزمون‌ها در حرفه بالینی است. در واقع در طول ۴۰ سال گذشته این پرسشنامه یکی از معدود آزمون‌هایی است که از نظر کاربردی از رتبه بالایی برخوردار بوده است. مدیران برنامه‌های آموزش بالینی، در میان آزمون‌های عینی شخصیت که کارآموزان بالینی باید با آنها آشنا شوند، این آزمون را از نظر اهمیت دومین آزمون پس از MMPI یا MMPI-2 رتبه‌بندی کرده‌اند (پیوتروسکی و زالوسکی، ۱۹۹۳). شهرت این آزمون بیشتر به لحاظ کاربرد آن در کشورهای مختلف و ترجمه آن به زبان‌های گوناگون است.

نسخه فعلی یعنی MCMI-IV شامل ۱۹۵ ماده است که تحت ۳۰ مقیاس جداگانه و بر اساس طبقه‌بندی‌های زیر نمره‌گذاری می‌شود: شاخص‌های روایی و اصلاح، الگوهای شخصیت بالینی، آسیب‌شناسی شدید شخصیت، نشانگان‌های بالینی و نشانگان‌های شدید (به جدول ۹-۱ نگاه کنید). مقیاس‌ها به همراه ماده‌های تشکیل‌دهنده آنها، با نظریه شخصیت میلون و DSM-IV^۲ همخوانی دارند. برای مثال، ماده‌ای که باور شخص درباره برتری خویش را تأیید می‌کند باید بخشی از مقیاس خودشیفتگی باشد؛ زیرا محتوای آن آشکارا با مؤلفه‌های مفهوم‌سازی شخصیت خودشیفته در DSM-IV و نظریه میلون رابطه دارد. بسیاری از مقیاس‌ها دارای همپوشی نظری و ماده‌ای هستند؛ واقعیت مهمی که باید به هنگام مفهوم‌سازی مراجع و تفسیر مقیاس‌ها در نظر داشت. بدین ترتیب، برافراشتگی در مقیاس‌های ضد اجتماعی و آزارگر نمایانگر یک شخص دارای ویژگی‌های آزارگری همراه با مشکلات قانونی و تکانشوری است؛ و کسی است که در روابط میان فردی خود از دیگران بهره‌کشی می‌کند. به همین ترتیب، شخصی که در مقیاس ضد اجتماعی نمره بالا می‌گیرد ممکن است برافراشتگی مشابهی در مقیاس وابستگی به الکل داشته باشد. برافراشتگی‌های مشابه با مقیاس‌هایی که مفهوم یکسان با مقیاس‌های مذکور دارند، درک کامل‌تری از مراجع را امکان‌پذیر می‌سازند. از برخی جهات، MCMI جانشین یا حتی رقیبی برای MMPI به شمار می‌رود. هر دو ابزار دامنه

گسترده‌ای از آسیب‌شناسی بزرگسالان، الگوهای پایدار شخصیت و نشانه‌شناسی بالینی را پوشش می‌دهند. از سایر جهات، MCMI به خوبی مکمل MMPI است؛ زیرا MMPI در اصل بر اختلال‌های محور I تأکید دارد؛ در حالی که MCMI به طور ویژه برای کمک به تشخیص اختلال‌های شخصیت طراحی شده است. یک امتیاز مهم MCMI این است که به طور قابل توجهی از MMPI-2 کوتاه‌تر است (۱۹۵ ماده در برابر ۵۶۷ ماده) و دیگر این که دامنه گسترده‌ای از اطلاعات را فراهم می‌سازد. تکمیل MCMI فقط ۲۰ تا ۳۰ دقیقه زمان می‌برد؛ اما پایه‌های پژوهشی، مطالعات روایی و گزینه‌های تفسیر برای MMPI آشکارا گسترده‌تر از MCMI است. هیچ‌یک از آنها را نباید به عنوان تشخیص قطعی تلقی کرد. در عوض، آنها اطلاعات چشمگیری را در رابطه با تشخیص فراهم می‌آورند. از این نظر، آنها متخصص بالینی را در «محدوده تشخیصی» درستی قرار می‌دهند؛ اما متخصص بالینی باید برای رسیدن به تشخیص نهایی این اطلاعات را با سایر اطلاعات یکپارچه سازد. به بیان دیگر آزمون‌ها (یا گزارش‌های رایانه‌ای) تشخیص نمی‌دهند یا تصمیم‌گیری نمی‌کنند؛ بلکه فقط متخصصان می‌توانند چنین کاری را انجام دهند.

عواملی که کمک بسیار زیادی به تفسیر سودمند می‌کنند عبارتند از آشنایی با سازه‌های نظری و داشتن تجربه کار با جمعیت‌های بالینی مربوط. دانش نظری می‌تواند از راه آشنایی با کتاب اختلال‌های شخصیت (چاپ دوم) میلون و دیویس (۱۹۹۶) و ملاک‌های تشخیصی DSM-IV، بسیار یاری‌کننده باشد. تأکید بالا بر جمعیت‌های بالیتی همچنین تأییدی بر این اصل است که MCMI برای کار با جمعیت‌های روان‌پزشکی است و نباید برای اشخاص بهنجار یا کسانی که فقط دچار آشفتگی‌های خفیف هستند به کار گرفته شود. تفسیرها باید محدود به اشخاصی باشد که نمره‌هایشان برابر یا بالاتر از نمره‌های برش تعیین شده است (۷۵ و ۸۵). متخصصان باید در برابر وسوسه اقدام به تفسیر اشخاصی که نمره‌هایشان در یک مقیاس دارای «برافراشتگی‌های» خفیف اما آشکار از زیر نمره برش رسمی است مقاومت کنند.

ملاحظات نظری

تدوین چهار نسخه از MCMI تا حد زیادی بر اساس نظریه‌های شخصیت میلون هدایت شده است. یکی از اصول اساسی وی به کارگیری مقوله‌های دوقطبی^۱ مانند لذت - درد، فعال - نافع و خویشتن - دیگری است (آر. جی. دیویس، ۱۹۹۹؛ میلون، ۲۰۱۱؛ میلون و دیویس، ۱۹۹۶؛ میلون و همکاران، ۲۰۰۶؛ استراک، ۱۹۹۹). دو قطب لذت - درد مربوط به وظیفه تکاملی اساسی همه مردم است؛ زیرا آنها باید برای زنده ماندن و بقا تلاش کنند. لذا جستجوی لذت برای موجود زنده باعث بهبود زندگی و اجتناب از درد، باعث حفظ زندگی می‌شود. قطب فعال - نافع به حالت تکاملی بنیادی مربوط می‌شود که افراد از تلاش‌های مختلف برای انطباق با محیط خود از آن استفاده می‌کنند یا محیط را برای خودشان سازگار می‌کنند. از طریق انفعال خود را با شرایط محیط تطبیق می‌دهند یا فعالیت محیط را بر اساس نیازهایشان دگرگون می‌سازند. قطب خود - دیگری به سرمایه‌گذاری روی دیگران و نیز سرمایه‌گذاری روی خویشتن مربوط است که از خودمراقبتی کامل (خود)، تا مراقبت کامل از دیگران (دیگری) متغیر است. هر یک از این قطب‌ها را می‌توان در توصیف تفاوت‌های سازمان شخصیت برای اشخاص بهنجار و افراد دچار اختلال‌های شخصیت به کار گرفت. برای مثال، سطوح بهنجار کارکرد ممکن است در بعد فعال - نافع رخ دهد؛ اما چنان که این سطوح شدت یابند، تبدیل به کژکاری می‌شوند. بنابر این، اختلال‌های شخصیت اسکیزوئید و اجتنابی در انتهای قطب نفع‌آلی قرار دارند. در بعد خویشتن - دیگری، شخصیت‌های نمایشی و وابسته پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون گرایش بالایی به دیگران دارند؛ حال آن که شخصیت خودشیفته به شدت خویشتن‌گرا^۲ است. بسیاری از سبک‌های شخصیت را می‌توان همزمان در هر یک از این سه قطب نشان داد. برای مثال، سبک نمایشی کاملاً فعال است و به دیگری (وابستگی) و لذت‌جویی گرایش دارد. در برخی موارد، شخص نسبت به یک یا بیش از یک مورد از این سه قطب، دوسوگرایی دارد؛ درست مانند شخصی با سبک

نافعال - پرخاشگر که به ظاهر نافعال و فرمانبردار است، اما خشم و تعارض را پنهانی بیان می‌کند. به طور قابل توجهی می‌توان اجزای بیشتری را درباره قطب‌های بالا و سایر جنبه‌های اختلال‌های شخصیت در چاپ دوم کتاب اختلال‌های شخصیت، نوشته میلون و دیویس (۲۰۱۱) پیدا کرد.

نکته مهم دیگر در مورد تدوین آزمون و کاربردهای آن برای تفسیر این است که سبک‌های شخصیت مانع‌الجمع یا گردنیامدنی^۱ نیستند. برای مثال، شخص دارای سبک ضداجتماعی ممکن است اغلب از تکانه‌های خشم و ضداجتماعی احساس ناراحتی کند و این تکانه‌ها را به شیوه‌های نافعال - پرخاشگر نشان دهد. این همپوشی قابل انتظار میان ویژگی‌ها، دلیلی برای این پرسش است که چرا سازندگان آزمون از همبستگی بالایی که بسیاری از مقیاس‌ها با هم دارند چندان نگران نبوده‌اند. همچنین، به نظر می‌رسید که همپوشی نشان داده شده، در الگوهایی دیده می‌شود که از دیدگاه نظری همسانی دارند. از یک دیدگاه عملی، این بدان معنی است که می‌توان از ترکیب برافراشتگی‌های مقیاس، برای معنابخشی مضاعف به یکدیگر استفاده کرد. برای مثال، نمره بالا در مقیاس ضداجتماعی، در ترکیب با برافراشتگی در مقیاس آزارگری، به روشنی بیانگر آن است که شخص احساسات ضداجتماعی خود را به صورت قابل پیش‌بینی و بالقوه خطرناک برون‌ریزی خواهد کرد. این فعالیت، معانی ضمنی بسیار روشنی برای تدبیر یا مدیریت موردی^۲ و طراحی درمان دارد.

موضوع دیگر این است که برافراشتگی‌های مقیاس همواره باید در متن زندگی شخص مورد بررسی قرار گیرند. نمره بالا به‌تنهایی و به‌خودی‌خود تشخیص‌دهنده اختلال شخصیت نیست. اگر شخصی بتواند موقعیت مناسبی بیابد که در آن موقعیت، جلوه‌های آشکار سبک شخصیتی وی کژکار نباشد، چنین شخصی «دچار اختلال» تلقی نمی‌شود. بنا بر این، تشخیص میان «سبک» شخصیتی و «اختلال» شخصیت باید مورد تأکید قرار گیرد. برای مثال، یک فروشنده مرد که سبک خودشیفته ضداجتماعی دارد

ممکن است بتواند این صفات را به شیوه‌ای بهینه^۱ کند که او را از نظر شغلی کاملاً موفق سازد. بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های شخصیت باید الگوی دیرپایی وجود داشته باشد که به «درماندگی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در حوزه‌های اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم کارکرد» (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، صفحه ۶۴۶). چنانچه درماندگی یا اختلالی وجود نداشته یا اندکی وجود داشته باشد، نباید تشخیص اختلال شخصیت گذاشته شود. این نکته به‌ویژه برای مقیاس‌های جبری (۷)، نمایشی (۴) و خودشیفته (۵) اهمیت دارد؛ زیرا این مقیاس‌ها اغلب در میان افرادی که اختلال روانی قابل توجهی ندارند نیز برافراشته است. بنا بر این، برای متخصصان بالینی مهم است که تعیین کنند آیا سبک تشخیصی خاص که در MCMI عنوان شده به‌واقع موجب درماندگی یا اختلال شده است یا نه.

سرانجام، طبقه‌های مختلف مقیاس‌ها (الگوهای شخصیت بالینی، آسیب‌شناسی شدید شخصیت، نشانگان بالینی، نشانگان بالینی شدید) از نظر مفهومی و بالینی با یکدیگر مرتبط هستند (جدول ۹-۱ را ببینید). دو طبقه نخست به سبک‌های شخصیت و تشخیص اختلالات شخصیت مرتبط‌اند؛ اما برای تعیین سطوح بالاتر شدت، اختلال‌های اسکیزوتایپی، مرزی و پارانویایی جدا شده‌اند. همان‌گونه که پیش از این گفتیم، هیچ یک از سبک‌های شخصیتی اختلال به شمار نمی‌روند، مگر این که به درماندگی یا اختلال منجر شوند. طبقات دوم برای اندازه‌گیری نوع و سطح درماندگی در نظر گرفته شده‌اند؛ از این رو با سطوح تشخیص‌های محور I بیشتر رابطه دارند. این طبقه‌ها نشانگر سبک‌هایی از شخصیت هستند که کارکرد مطلوبی برای شخص ندارند. برای مثال، اگر فروشنده خودشیفته ضد اجتماعی که ذکر آن گذشت بکوشد تا ارتباط وی با همسرش همانند ارتباط‌های کاری‌اش باشد، همسر او احتمالاً در صدد طلاق برمی‌آید. دستاویز وی برای کنار آمدن با چنین فرجامی احتمالاً سوء مصرف الکل خواهد بود. برعکس، فرد دارای سبک اجتنابی وابسته که در حال طلاق گرفتن است، احتمال دارد که

با یک افسردگی عمده به این موقعیت پاسخ دهد. این تفاوت شالوده بنیادی قرابت بین شخصیت و آسیب‌شناسی است. این مسئله همچنین بیانگر آن است که MCMI می‌تواند به تعیین وجود یک اختلال شخصیت با توجه به نوع و میزان درماندگی و اختلال تظاهر یافته در برافراشتگی مقیاس‌های طبقات نشانگان بالینی و نشانگان شدید، کمک کند.

روش تفسیر

تفسیر کارآمد MCMI-IV به طور کلی مستلزم برخورداری از مهارت و دانش درباره آسیب‌شناسی به‌ویژه درباره اختلال‌های شخصیت است. متخصصان باید دست‌کم با موضوع‌های مربوط به اختلال‌های شخصیت و ملاک‌های DSM-V آشنایی داشته باشند. بهتر آن است که متخصصان اختلال‌های شخصیت، معرفی طیف ICD/DSM از بهنجار تا نابهنجار، میلون (۲۰۱۱)؛ چاپ دوم کتاب اختلال‌های شخصیت: DSM-IV و فراسوی آن، نوشته میلون و دیویس (۱۹۹۶) را خوانده باشند، با بیماران دچار

اختلال‌های شخصیت کار کرده باشند و MCMI را روی تعدادی از این قبیل مراجعان نیز اجرا کرده باشند. همچنین متخصصان بالینی باید از امتیازها و محدودیت‌های MCMI که پیش از این بدانها اشاره شد آگاه باشند تا بتوانند داده‌ها را به بهترین نحو به کار گیرند. به‌ویژه این که MCMI تشخیص DSM-V را به دست نمی‌دهد؛ فقط باید در مورد جمعیت‌های بالینی به کار رود. این آزمون به‌ویژه برای سنجش توانمندی‌های شخص سودمند نیست؛ و احتمال دارد که تشخیص‌گذاری اختلال‌های شخصیت بر اساس آن افراط‌آمیز باشد و متخصصان بالینی در تفسیر آن زیاده‌روی کنند.

به چند دلیل درباره جزئیات صوری و فهرست جداگانه نوع کدهای دو و سه نقطه‌ای بحث نشده است. نخست این که پژوهش درباره MCMI از ادبیات مدون درباره روایی نوع کدها، آن گونه که در MMPI وجود دارد، برخوردار نیست. در مقابل، بسیاری از تفسیرهای نوع کد MCMI بر پایه ترکیب مفهومی از معانی ضمنی خوشه‌های برافراستگی مقیاس‌ها استوار است. از بسیاری جهات، این تفسیر مهارتی است که متخصصان خود می‌توانند با در نظر گرفتن معانی برافراستگی‌های مقیاس مربوط به گونه‌ای معقول آن را به کار گیرند. برای مثال، برافراستگی مقیاس ضد اجتماعی در ترکیب با یک برافراستگی همانند مقیاس پرخاشگر (آزارگر)، آشکارا نشانگر گرایش‌های ضد اجتماعی سوء استفاده‌گرانه^۱، ستیزه‌جویانه^۲ و حالت خشک و بی‌روح شخص است. دوم این که با در نظر گرفتن هر ۳۰ مقیاس MCMI-IV، فهرست کردن تعداد کل نوع کدهای فاقد کارایی و پژوهش کامل درباره آنها، غیر واقع‌بینانه خواهد بود. با وجود این، ارائه یک زیربخش کوتاه^۳ (نوع کدهای شایع) برای اغلب توصیف‌های مقیاس می‌تواند معنای مرتبط با برخی از مهم‌ترین برافراستگی‌های مقیاس مربوط را به اختصار توصیف کند. به خوانندگان توصیه شده است که این توصیف‌ها را مطالعه کنند و معانی آنها را از راه خواندن توصیف‌های تفسیری مفصل‌تر برای کل مقیاس مربوط بسط دهند.

۱. تعیین روایی نیمرخ

قبل از تفسیر مقیاس‌های شخصیت و بالینی، متخصصان باید اطمینان یابند که مراجع در گزارش نشانه‌های خود زیاده‌روی یا کم‌گویی نکرده یا به طور تصادفی به پرسش‌ها پاسخ نداده است. روایی نیمرخ را می‌توان با توجه به الگوی نمره نشانگرهای اصلاحی (شاخص‌های روایی) سنجید:

پاسخگویی تصادفی بر اساس نمره یک یا بیشتر در ۳ ماده مقیاس روایی MCMI-IV (پاسخ‌های «درست» به ماده‌های ۴۹، ۹۸ و ۱۶۰) مشخص می‌شود. مجموعه روش‌هایی که در این بخش خلاصه شده است برای تفسیر MCMI-IV توصیه می‌شود. بحث در مورد مقیاس‌ها و کدهای مختلف بیانگر یکپارچگی و خلاصه‌ای از پژوهش جدید و همچنین شامل مطالبی است که در راهنمای MCMI-III وجود دارد و شامل راهنماهای تفسیری تدوین‌شده توسط چوکا و وان‌دنبرگ (۲۰۰۴)، کریگ (۲۰۰۱) و جانکوفسکی (۲۰۰۲) است و همچنین در آثار میلون و همکاران مطرح شده است. بخش عمده‌ای از کار بر این فرض استوار است که ملاک‌های تفسیری از MCMI-III و MCMI-IV تا اندازه‌ای بدون تغییر خواهد بود. بخش‌های فرعی مربوط به برنامه درمانی، مطالبی است که از کارهای دُر (۱۹۹۹)؛ گان کالوز، وودوارد و میلون (۱۹۹۴)؛ میلون و دیویس (۱۹۹۶)؛ ورتزلاف و دان (۲۰۰۳) خلاصه شده است. هر یک از ۳۰ مقیاس MCMI در رابطه با تفسیر، تعامل احتمالی با سایر مقیاس‌ها و دلالت‌های برنامه درمانی مورد بحث قرار گرفته است.

کم گزارش کردن مشکلات در MCMI-IV به وسیله نمره‌های پایین (نمره خام کمتر از ۳۴) در افشاگری (X) و تحقیر (Z) و نمره بالا (BR) بالاتر از ۷۵ در مطلوب بودن (Y) مشخص می‌شود. با وجود این، گاهی اوقات تمیز اشخاصی که به وانمود خوب دست می‌زنند (کمتر گزارش می‌دهند) از آنهایی که به واقع دارای کیفیت‌های مثبت همکاری‌کننده، مطمئن به خود و وظیفه‌شناس هستند، دشوار است. شرح حال مراجع اغلب بهترین ابزار برای این تمایز است.

نیمرخ‌های وانمود بد^۱ به وسیله نمره بالا (نمره خام بالاتر از ۱۷۸) در افشاگری (X) و نمره بالا (BR بالاتر از ۷۵) در تحقیر (Z) مشخص می‌شوند. برافراشتگی‌های متوسط ممکن است «فریاد کمک‌خواهی» باشد؛ اما با نمره‌های به تدریج بالاتر (BR بالاتر از ۸۵) احتمال نیمرخ ناروا افزایش می‌یابد.

باید توجه داشت که اصلاح نرخ پایه در مقیاس‌های خاص کوششی برای افزایش روایی نیمرخ MCMI-III بوده است. این اصلاحات تا اندازه‌ای همانند نمره‌های تصحیح‌شده عمل می‌کنند؛ درست همان کاری که اصلاح K برای MMPI انجام می‌دهد. این اصلاحات بخشی از نمره‌گذاری استاندارد بوده و شامل اصلاحاتی در چند مقیاس بر اساس سطوح افشاگری برگرفته از اضطراب فراگیر و افسردگی عمده است (اگر در صدک دهم بالا یا پایین باشد). نمره‌های خیلی بالا یا خیلی پایین در مقیاس افشاگری می‌تواند نمره‌های BR را در همه مقیاس‌های شخصیتی و نشانگان، افزایش یا کاهش دهد (حداکثر ۱۰ نمره BR بالا یا پایین در مقیاس‌های شخصیتی و ۵ نمره BR بالا یا پایین در مقیاس‌های نشانگان‌ها). میزان بالای اضطراب و افسردگی ($BR > 75$)، نمره‌های BR این مقیاس‌ها را تا ۱۰ نمره کاهش می‌دهد: مالیخولیایی (2B)، خودآزارگر (8B, AAMasoc)، و مرزی (C, UBCycloph)؛ و همچنین نمره‌های این مقیاس‌ها را تا ۵ نمره پایین می‌آورد: اجتنابی (2A, SRAvoid)، و اسکیزوئید (S, ESSchizoph).

۲. تفسیر مقیاس‌های اختلال شخصیت

رتزلف (۱۹۹۵) پیشنهاد می‌کند که متخصصان هنگام تفسیر مقیاس‌های اختلال شخصیت نخست باید ببینند که آیا هیچ یک از مقیاس‌های اختلال شخصیت شدید برافراشته است یا نه. اگر چنین باشد، به احتمال زیاد نشان‌دهنده آن است که یک یا بیش از یک مقیاس الگوی بالینی شخصیت نیز برافراشته خواهد بود. اما مقیاس (های) بلند در بخش اختلال شخصیت شدید باید نسبت به مقیاس‌هایی با همان میزان برافراشتگی در

مقیاس‌های الگوی بالینی شخصیت، در اولویت قرار گیرد. مقیاس‌های الگوی بالینی شخصیت در جهت افزایش یا بسط برافراشتگی (های) مقیاس (های) اختلال شخصیت شدید عمل می‌کنند. از این رو، تأکید نخست برای تشخیص، باید بر برافراشتگی اختلال شخصیت شدید باشد، مگر این که برافراشتگی‌های سایر طبقات مقیاس‌ها در مقایسه با مقیاس‌های اختلال شخصیت شدید، بسیار بلندتر باشند. در این حالت، مقیاس‌های دارای بیشترین برافراشتگی در مقایسه با مقیاس (های) اختلال شخصیت شدید که برافراشتگی کمتری دارند، معنای تفسیری بیشتری را به خود اختصاص می‌دهند (توصیف‌های تفسیری هر یک از این مقیاس‌ها را می‌توانید در بخش بعدی ببینید). اگر در مقیاس‌های اختلال شخصیت شدید هیچ برافراشتگی وجود نداشته باشد، آنگاه متخصصان باید هر گونه برافراشتگی در مقیاس‌های الگوی بالینی شخصیت را تفسیر کنند.

بخش‌های تفسیری مربوط به مقیاس‌های اختلال شخصیت به توصیف‌های تفسیری، نوع کدهای شایع، و کاربرست‌های درمانی تقسیم شده‌اند (از جمله مقیاس‌های وجهی گروسمن^۱ و سه سطح شدت برای هر مقیاس). بیشتر اوقات، توصیف‌کننده‌ها نسبتاً سخت‌گیر و منفی‌گرا هستند. تفسیرگران نیازمند آن‌اند تا بر اساس میزان بلندی مقیاس برافراشته، معانی ضمنی برافراشتگی‌های مقیاس مربوط، و داده‌های اضافی موجود درباره مراجع، مشخص کنند که آیا این موارد درباره او صادق است یا نه. برای مثال، ممکن است برخی از توصیف‌کننده‌ها در صورتی که در دامنه برافراشتگی کم تا متوسط (BR برابر ۷۵-۸۰) قرار گیرند نیاز به «تحلیل» داشته باشند. برای نمره‌های بسیار برافراشته یا برافراشتگی‌های ناشی از آسیب‌شناسی شدید شخصیت یا طبقات نشانگان شدید ممکن است تفسیرهای شدیدتر مناسب باشد. میلون (۱۹۹۴) تصریح می‌کند که نمره‌های در دامنه ۷۵-۸۴ نشان می‌دهند که نشانگان یا الگو وجود دارد؛ در صورتی که نمره‌های ۸۵ یا بالاتر نشانگر برجستگی آن است. قاعده کلی این است که:

هرچه برافراشتگی بلندتر باشد، احتمال دقت توصیف‌های تفسیری بیشتر است. موضوع دیگر، بلندی مقیاس‌های برافراشته نسبت به دیگر مقیاس‌های برافراشته است. اگر بلندی آنها تقریباً برابر باشد، باید وزن تفسیری یکسانی را به آنها اختصاص داد. اما اگر تفاوت بین مقیاس‌ها ۲۰ نمره BR یا بیشتر باشد، تأثیر مقیاس کوتاه‌تر احتمالاً بسیار اندک است، به طوری که می‌توان آن را به حد اقل رساند یا حتی نادیده گرفت. برای کمک به تفسیر اختصاصی مقیاس‌های الگوی شخصیت، مقیاس‌های وجهی گروسمن افتراق‌های مفهومی هستند که جنبه‌های مختلف شخصیت برای هر مقیاس از جمله مؤلفه‌های شناختی، مؤلفه‌های بین‌فردی، مؤلفه‌های خود‌انگاره و جنبه‌های رفتاری با دیگران را توصیف می‌کنند. این مقیاس‌های وجهی به مشخص شدن جنبه‌هایی از سبک‌های شخصیتی که در مراجع وجود دارد، کمک می‌کند. هنگام تفسیر یک مقیاس شخصیتی برافراشته، باید سه مقیاس وجهی گروسمن که با مقیاس شخصیتی کلی مرتبط است، بررسی شود تا به تفسیر ویژگی‌های دقیق و ظریف شخصیت افزوده شود. به عنوان مثال، مراجعی ممکن است دارای مقیاس ضد اجتماعی برافراشته باشد و پس از بررسی سه مقیاس وجهی، معلوم شود که سلوک (یا رفتار) بین‌فردی بی‌مسئولیت برافراشته است؛ اما در مقیاس‌های وجهی خود‌انگاره مستقل یا پویایی‌های برون‌ریزی درون‌روانی، برافراشتگی وجود ندارد. این سبک ممکن است فردی را نشان دهد که غیرمسئولانه و شاید هم اغواگرانه عمل می‌کند؛ به برخی چیزها تمایل ندارد؛ اما در مورد وفاداری‌ها و دلبستگی‌ها رفتار تکانشی و بی‌پروا نشان می‌دهد. این نیمرخ ممکن است در یک مدیر عالی‌رتبه اجرایی یک شرکت یافت شود که با بی‌باکی و با موفقیت فعالیت کرده و خود را بالا کشیده است. از سوی دیگر، کسی که در هر سه وجه مقیاس شخصیت ضد اجتماعی نمره برافراشته دارد، به احتمال زیاد دارای کارکرد مختل است. همچنین ممکن است در مقیاس مصرف مواد یا الکل نمره برافراشته داشته یا مرتکب جرایم بارزی شده باشد. بنا بر این، برافراشتگی مشابه در مقیاس ضد اجتماعی ممکن است دارای مؤلفه‌های خاص مختلفی باشد که به روشن شدن کارکرد شخصیت کمک کند.

۳. تفسیر مقیاس‌های نشانگان بالینی

در مرحله ۲، رتزلف (۱۹۹۵) پیشنهاد می‌کند که تفسیر هر نوع برافراشتگی در مقیاس‌های نشانگان بالینی شدید باید در اولویت قرار گیرد. گاهی اوقات همه این مقیاس‌ها برافراشته خواهند بود، که نباید آن را مغایر هم دانست؛ بلکه این برافراشتگی‌ها را می‌توان با یکدیگر به کار گرفت. هر برافراشتگی در مقیاس‌های نشانگان بالینی شدید معمولاً با برافراشتگی‌های مکمل در مقیاس‌های نشانگان بالینی اساسی و مقیاس‌های اختلال شخصیت همراه است. برای مثال، برافراشتگی در مقیاس افسردگی عمده نشانگان بالینی شدید ممکن است با برافراشتگی‌های همانندی در وابستگی دارویی، اضطراب و اجتناب همراه باشد. تفسیرها آشکارا پیرامون افسردگی دور می‌زنند، اما ممکن است ترس از درگیری میان‌فردی، اضطراب و احتمال آشکار مصرف الکل به عنوان وسیله‌ای برای کنار آمدن با دشواری‌ها را نیز شامل شود. مثال دیگر می‌تواند شخصی باشد که در مقیاس اضطراب دارای برافراشتگی است اما در اجتناب و وابستگی نیز برافراشتگی مشابهی دارد و این امر نشان می‌دهد که وی اضطراب ناشی از تعارض بین تمایل به پذیرفته شدن و مورد توجه قرار گرفتن از سوی دیگران، و ترس از انتقاد و تحقیر را تجربه می‌کند. در مقابل، شخص دیگری که دارای برافراشتگی در مقیاس اضطراب است اما در مقیاس خودشیفتگی نیز برافراشتگی همانند دارد، به احتمال زیاد اضطرابی را تجربه می‌کند که ناشی از چالش‌های قابل توجه وی با احساس خودخواهانه اهمیت و برتری است. توجه دقیق بر این تأثیر متقابل میان مقیاس‌ها، برای تفسیر دقیق و کارآمد نیمرخ بسیار مهم است.

یکی از ویژگی‌های بی‌مانند MCMI آن است که این آزمون یک آزمون عینی است که سبک‌های شخصیتی / الگوهای مربوط به اختلال‌های شخصیت را می‌سنجد. بخش‌هایی که به توصیف هر یک از این مقیاس‌ها می‌پردازند شامل زیربخش‌هایی درباره نوع کدهای شایع (شامل روابط احتمالی با مقیاس‌های نشانگان بالینی) و دلالت‌های درمانی است. در مقابل، توصیف‌های مقیاس نشانگان بالینی فقط شامل توصیف‌هایی از مقیاس‌ها بدون اطلاعاتی درباره نوع کدهای شایع یا دلالت‌های درمانی است؛ زیرا پیش

از این درباره روابط مربوط به مقیاس‌های شخصیت، به اختصار بحث شده است. به علاوه، اکنون یک ادبیات بالینی به خوبی تدوین شده (در اغلب برنامه‌های آموزشی وقت بسیاری صرف آن شده است) درباره درمان این نشانگان‌های بالینی (اضطراب، افسردگی و از این قبیل) موجود است.

۴. بازبینی پاسخ‌های باارزش (ماده‌های بحرانی)

راهنمای MCMI-IV (میلون و همکاران، ۲۰۱۵) دارای مجموعه‌ای از پاسخ‌های قابل توجه است که همانند ماده‌های بحرانی MMPI-2/MMPI-2-RF، مقیاس‌های رسمی به حساب نمی‌آیند و ماده‌های مقوله‌بندی شده منطقی‌اند که ممکن است برای روشن کردن دلایل یا امکان تشخیص افتراقی برای درمانگر مهم باشند. اینها حول موضوع‌های آسیب‌های جراحات مغزی، تمایل به کینه‌جویی، توان خودتخریبی، نقص کنترل هیجانی، بیگانگی بین فردی، اشتغال ذهنی درباره سلامتی، خشم انفجاری، اختلال خوردن، آزار دوران کودکی، استفاده از داروهای تجویز شده، رفتار یا گرایش به خود جراحی، ADHD بزرگسالی و طیف اوتیسم سازماندهی شده‌اند. از این پاسخ‌های قابل توجه می‌توان برای سازماندهی مصاحبه نیمه ساختار یافته پیرامون پاسخ‌های مرتبط استفاده کرد. همچنین می‌توان آنها را به صورت انتخابی در گزارش روان‌شناختی به کار برد تا اطلاعات عینی‌تر درباره کیفیت نگرش‌ها، عاطفه و رفتار مراجع ارائه شود.

۵. ارائه برداشت‌های تشخیصی

متخصصان بالینی با در نظر گرفتن توصیف‌های تفسیری نیمرخ مراجع (مراحل ۲، ۳ و ۴) به همراه اطلاعات مربوط دیگر، می‌توانند مناسب‌ترین تشخیص را صورت‌بندی کنند. بار دیگر باید توجه داشت که تنها از MCMI-IV نمی‌توان اطلاعات تشخیصی ارائه کرد؛ بلکه بر اساس آن می‌توان سبک‌ها و خوشه‌هایی از نشانه‌ها را که موجب اختلال احتمالی کارکرد مراجع می‌شود توصیف کرد که درمانگر را در جهت تشخیص دقیق راهنمایی می‌کند.

۶. شرح دلالت‌ها و توصیه‌های درمانی

نشانه‌های گزارش‌شده و بازتاب‌یافته در برافراشتگی مقیاس‌های نشانگان بالینی (اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد و از این قبیل) جزو مشکل‌سازترین نشانه‌ها بوده و باید به عنوان اولویت نخست در نظر گرفته شوند. اما لازم است که این نشانه‌ها در بافت الگوها و آسیب‌شناسی‌های شخصیت مراجع درک شوند. به دنبال هر یک از مقیاس‌های اختلال شخصیت، بخش‌هایی درباره پیشنهادها و مربوط برای توصیه‌های درمانی وجود دارند. این بخش‌ها را می‌توان همراه با سایر اطلاعات، برای بسط و توضیح درباره مناسب‌ترین تدابیر درمانی مورد توجه قرار داد. منابع سودمند دیگری در این مورد وجود دارند که عبارتند از: فصل ۱۴ همین کتاب («برنامه‌ریزی درمان و تصمیم‌گیری بالینی») میلون و دیویس (۱۹۹۶)، اختلال‌های شخصیت: DSM-IV و فراتر از آن، میلون و دیویس (۱۹۹۹)، و درمان مبتنی بر شخصیت، و فصل «استفاده از MCMI در برنامه‌ریزی درمان عمومی» مگناویتا (۲۰۰۸).

مقیاس‌های روایی

شاخص‌های اصلاحی MCMI برای تعیین نیمرخ‌های پاسخ‌دهی تصادفی، وانمود بد و وانمود خوب دقیق هستند. با وجود این، به نظر می‌رسد که ضریب تشخیص این شاخص‌ها در مقایسه با MMPI کمتر باشد (بگبای^۱، جیلیس^۲، تونر^۳ و گلدبرگ^۴، ۱۹۹۱) و همانند MMPI نیمرخ‌های وانمود بد آن در مقایسه با نیمرخ‌های وانمود خوب (دفاعی) دقیق‌ترند (فالس - استوارت^۵، ۱۹۹۵؛ میلون، ۱۹۸۷). با استفاده از قواعد تصمیم‌گیری برای نیمرخ‌های وانمود بد، میزان تشخیص دقیق بین ۴۸٪ و ۹۲٪ نوسان می‌کند (بگبای و دیگران، ۱۹۹۱؛ رتزلف، شیهان و فیل، ۱۹۹۱). با وجود این، برای مراجعان به شدت آشفته، نمره‌های بالا در شاخص‌های وانمود بد ممکن است بیشتر نشان‌دهنده درماندگی زیاد و «فریاد کمک‌خواهی» باشند نه یک نیمرخ ناروا (وتزلر^۶ و

مارلو، ۱۹۹۰). بر خلاف دقت تشخیص نیمرخ‌های وانمود بد، نیمرخ‌های وانمود خوب (دفاعی) ممکن است فقط در ۵۰٪ موارد تشخیص داده شوند (رتزلف و دیگران، ۱۹۹۱) و به‌ویژه به نظر می‌رسد که در تشخیص مراجعانی که سوء مصرف موادشان را کمتر از اندازه گزارش می‌کنند، خوب عمل نمی‌کند (فالس - استوارت، ۱۹۹۵). این بدان معنی است که استفاده از MCMI در موقعیت‌هایی که ممکن است افراد آسیب‌شناسی خود را کمتر از اندازه گزارش کنند باید با احتیاط بسیار همراه باشد.

سودمندترین ابزار برای تصمیم‌گیری‌های مربوط به روایی که در بالا عنوان شد، بررسی دقیق سطح کارکرد قبلی و فعلی مراجع است. به بیان دقیق‌تر، شخصی که ممکن است به نظر برسد بد وانمود می‌کند اما شرح حال او نشان می‌دهد که دچار کژکاری است، احتمال دارد درماندگی خود را نشان می‌دهد. برعکس، شخصی که کارکرد نسبتاً خوبی دارد و دارای نمره‌های مشابه در شاخص‌های اصلاحی است، به احتمال زیاد بد وانمود می‌کند. به عکس، یک شخص دارای نیمرخ وانمود خوب بالقوه که دارای کارکرد سطح بالا است ممکن است نشان‌دهنده شخصی باشد که فقط اعتماد به نفس، جسارت و عزت نفس واقعی خود را نشان می‌دهد. در مقابل، یک شخص دارای نیمرخ مشابه اما با سابقه‌ای از مسائل میان‌فردی، قانونی یا روان‌پزشکی به احتمال بیشتر آسیب‌شناسی روانی را کمتر از اندازه واقعی گزارش می‌کند.

شاخص ناروایی (مقیاس V)

شاخص ناروایی MCMI-IV از ۳ ماده (شماره‌های ۴۹، ۹۸، ۱۶۰) تشکیل شده است که اگر پاسخ درست به آنها داده شود، نشانگر پاسخ‌های بی‌معنی یا پوچ است. در نتیجه، تأیید این ماده‌ها قویاً نشان می‌دهد که شخص به طور تصادفی پاسخ داده است. راهنمای آزمون می‌گوید که یک پاسخ درست باید به عنوان شاخصی از یک نیمرخ «روایی سؤال‌برانگیز» تفسیر شود و تأیید دو یا بیش از دو ماده را می‌توان آشکارا به عنوان یک نیمرخ ناروا تفسیر کرد. «روایی سؤال‌برانگیز» احتمالاً بدین معناست که اگرچه مراجع

بعضی از پرسش‌ها را درست نخوانده یا فقط به تعداد اندکی از ماده‌ها (از جمله به یک ماده از سه ماده شاخص روایی) به طور تصادفی پاسخ داده است، نیمرخ هنوز رواست. این حالت بیانگر آن است که احتمالاً اغلب ماده‌ها به درستی پاسخ داده شده‌اند. در مقابل، بگبای و دیگران (۱۹۹۱) توصیه می‌کنند که حتی یک ماده تأیید شده را به عنوان شاخصی از نیمرخ ناروا تلقی کنیم. یک هشدار آن که: اگر شخصی به طور تصادفی پاسخ داده باشد، هنوز از نظر آماری این احتمال وجود دارد که وی از روی «خوش اقبالی» هیچ یک از سه ماده را در جهت درست پاسخ نداده باشد، که در این مورد باید از تشخیص بر پایه شاخص روایی پرهیز شود (چارتز و لوپز، ۲۰۰۲). به علاوه شخصی که می‌خواهد آگاهانه پاسخ‌ها را وانمود کند می‌تواند به بی‌معنا بودن پاسخ درست هر یک از پرسش‌های شاخص ناروایی پی ببرد و به گونه‌ای آنها را پاسخ دهد که ارزشیاب در مورد روایی نیمرخ تردید نکند.

شاخص ناهمسانی (مقیاس W)

شاخص ناهمسانی MCMI-IV از ۲۵ جفت ماده تشکیل شده است که از نظر آماری و معنایی مشابه‌اند (اگرچه یکسان نیستند). به طور کلی انتظار می‌رود که به بیشتر اینها در جهت یکسان پاسخ داده شود. هرچند به این دلیل که یکسان نیستند، از نظر تئوری و معنایی ممکن است به چند مورد از این جفت ماده‌ها پاسخ‌های متضاد داده شود. برای مثال، این یک جفت سؤال «من یک آدم تنها هستم؛ اما برایم تنهایی مهم نیست» و «هنگامی که حق انتخاب دارم، ترجیح می‌دهم کارها را به تنهایی انجام دهم» معنای مشابه دارند. انتظار می‌رود که بیشتر مردم هر دو را در یک جهت پاسخ دهند. اما اگر فردی در جهت متضاد به آنها پاسخ دهد، لزوماً ممکن است نشانه پاسخ تصادفی یا ناهمسانی پاسخ نباشد. بلکه ممکن است یک تفاوت واقعی باشد. در نتیجه، بجاست که نیمرخ بر خلاف اندکی تفاوت بین این جفت ماده‌ها، معتبر تلقی شود. برای هر دو ماده‌ای که پاسخ متضاد به آنها داده شود، یک نمره خام در مقیاس W محاسبه می‌شود. در این راهنما گفته شده است که نمره‌های ۰ تا ۸ (که حدود ۹۸ درصد نمونه هنجاری به دست

می‌آورند) قابل قبول است. نمره‌های ۹ تا ۱۹ (که تقریباً از ۲ درصد نمونه هنجاری حاصل شده) از اعتبار سؤال‌برآنگیز (مشکوک) برخوردار است، و نمره‌های ۲۰ تا ۲۵ باید نامعتبر تلقی شوند.

شاخص افشاگری (مقیاس X)

شاخص افشاگری برای اندازه‌گیری این موضوع مطرح شده بود که آیا پاسخ‌های مراجع، بی‌پرده و افشاگرانه، یا برعکس دفاعی و پنهان‌کارانه است. اگر نمره خام MCMI-IV در شاخص افشاگری پایین‌تر از ۲۱ باشد، به احتمال زیاد از نظر آسیب‌شناسی روانی نشان‌دهنده یک کم‌گزارشی دفاعی است، و نمره‌های کمتر از ۷ نامعتبر محسوب می‌شوند. همچنین ممکن است به این معنی باشد که شخص پرسش‌ها را به‌درستی نخوانده یا آنها را نفهمیده است. یک تفسیر دیگر این است که مراجع نامطمئن، خوددار و بسیار نگران و در پی تأیید اجتماعی است. اما مشخص نشده است که نمره‌های پایین در شاخص افشاگری به‌ویژه از حساسیت لازم برخوردار است، زیرا در یک مطالعه وقتی از آزمودنی‌ها خواسته شد تا «خوب وانمود» کنند، باز هم نمره‌های شاخص افشاگری آنان به طور کلی قابل قبول بود (رتزلف و دیگران، ۱۹۹۱). این بدان معنی است که وقتی مراجعان به اندازه‌ای وانمود خوب کنند که نمره‌های شاخص افشاگری آشکارا کاهش یابد، می‌توان نیم‌رخ را تا اندازه زیادی ناروا تلقی کرد.

نمره‌های خام بالاتر از ۶۰ در MCMI-IV نشان می‌دهند که فرد در نشانه‌های خود به اندازه زیادی اغراق کرده است. نمره‌های بالای ۱۱۴ نامعتبر محسوب می‌شوند. نمره‌های بسیار بالا حتی ممکن است از نمره جمعیت روان‌پزشکی نسبتاً آشفته بالاتر باشد و بنا بر این نشان‌دهنده گزارش‌دهی بیش از حد (وانمود بد) نشانه‌هاست. این مقیاس تا حدی نسبت به بیش‌گزارش‌دهی مقاوم است؛ بنا بر این احتیاط‌های لازم باید صورت پذیرد (سی. دی. مورگان، شونبرگ، دور و بورک، ۲۰۰۲). لذا نمره بسیاری از افرادی که نشانه‌های اغراق‌آمیز را تأیید می‌کنند، همچنان، ممکن است کمتر از نمره برش ۱۱۴ باشد. اگر نمره‌های آنان بالاتر از این نقطه برش باشد، می‌توان با اطمینان

خاطر نتیجه گرفت که در واقع نشانه‌های بیماری را بیش از اندازه گزارش می‌کنند. مشخص شده است که این شاخص تا اندازه‌ای مانند شاخص تحقیر عمل می‌کند (بلیاس، بندیکت و نورمن ۱۹۹۵)؛ لذا این دو شاخص ممکن است اطلاعات جداگانه‌ای به دست ندهند.

شاخص مطلوب بودن (مقیاس Y)

مانند شاخص افشاگری، شاخص مطلوب بودن نیز شاخص یا سنجه‌ای از پاسخدهی دفاعی است. نمره‌های BR بالاتر از ۷۵ نشان‌دهنده این است که فرد خود را به گونه‌ای غیرعادی اخلاقی، در تعاملات اجتماعی جذاب، از نظر هیجانی بسیار پایدار، بسیار مردم‌آمیز، منظم و کاملاً پایبند به قواعد اجتماعی نشان می‌دهد. نمره‌های بالا بیانگر این است که شخص جزئیات اساسی مربوط به مشکلات روان‌شناختی یا بین فردی را پنهان می‌کند. شاخص مطلوبیت نشان داده است که کارکرد این شاخص با هر دو شاخص تحقیر و افشاگری متفاوت عمل می‌کند (بلیس، بندیکت و نورمن ۱۹۹۵).

شاخص تحقیر (مقیاس Z)

همان طور که از عنوان مقیاس برمی‌آید، شاخص تحقیر نشان می‌دهد که شخص تا چه اندازه خود را با اصطلاحات آسیب‌شناختی منفی توصیف می‌کند. این توصیف ممکن است احساس پوچی یا خشمگین بودن، به سادگی گریه کردن، داشتن عزت نفس پایین، احتمالاً خودتخریب‌گری، و اغلب احساس تنیدگی، احساس گناه و افسردگی است. از این رو، شاخص تحقیر ویژگی‌هایی را که متضاد شاخص مطلوب بودن است، اندازه می‌گیرد. این دو شاخص با هم برافراشته‌اند، مگر در موقعیتی که شخص به طور غیرعادی خودافشاگری کند، که در این صورت ممکن است در هر دو مقیاس نمره‌های بالایی بگیرد. نمره‌های BR بالاتر از ۸۵ نشان‌دهنده فریاد کمک‌خواهی ناشی از درماندگی روانی حاد یا یک نیم‌رخ با وانمود بد است. مشخص شده است که کارکرد این شاخص تا اندازه‌ای مانند شاخص تحقیر است (بندیکت، نورمن ۱۹۹۵).