

محتوا

صفحه	عنوان
۹	فصل نهم - پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون
۱۳	سوابق تاریخی و تدوین
۲۲	اعتبار و روایی
۲۷	مزایا و محدودیت‌ها
۳۶	کاربرد در مورد گروه‌های متفاوت
۳۷	روش تفسیر
۴۵	مقیاس‌های روایی
۵۰	الگوهای بالینی شخصیت
۱۱۸	آسیب‌شناسی شدید شخصیت
۱۳۶	نشانه‌گان‌های بالینی
۱۳۹	نشانه‌گان‌های شدید
۱۴۱	خواندنی‌های پیشنهادی
۱۴۳	فصل دهم - پرسشنامه شخصیتی NEO
۱۴۵	سوابق تاریخی و تدوین
۱۴۷	روایی و اعتبار
۱۵۱	مزایا و محدودیت‌ها
۱۵۴	کاربرد آزمون در مورد گروه‌های متفاوت
۱۵۵	روش تفسیر
۱۸۸	خواندنی‌ها پیشنهادی
۱۸۹	فصل یازدهم - رُشاخ
۱۹۲	سوابق تاریخی و تدوین
۲۰۰	اعتبار و روایی

مزایا و محدودیت‌ها.....	۲۰۹
کاربرد آزمون دربارهٔ گروه‌های متفاوت.....	۲۱۶
روش اجرای نظام جامع.....	۲۱۷
کدگذاری نظام جامع.....	۲۲۲
نظام جامع: نمره گذاری خلاصه ساختاری.....	۲۳۷
نظام جامع: تفسیر.....	۲۳۸
اجرای R-PAS.....	۳۰۷
کدگذاری R-PAS.....	۳۱۴
نمره گذاری خلاصه ساختاری R-PAS.....	۳۲۷
تفسیر R-PAS.....	۳۲۹
خواندنی‌های پیشنهادی.....	۳۶۹
فصل دوازدهم - غربالگری و سنجش آسیب عصب - روان‌شناختی.....	۳۷۱
سوابق تاریخی و تدوین.....	۳۷۵
مصاحبه برای اختلال مغزی.....	۳۸۲
حوزه‌های کارکرد عصب - روان‌شناختی.....	۳۸۹
آزمون گشتالت دیداری - حرکتی بندر، ویرایش دوم.....	۴۰۵
مجموعه آزمون تکرارپذیر برای سنجش وضعیت عصب - روان‌شناختی روزآمد (ویرایش جدید).....	۴۲۶
خواندنی‌های پیشنهادی.....	۴۳۹
فصل سیزدهم - ابزارهای کوتاه برای برنامه‌ریزی درمان، نظارت و سنجش پیامد... ۴۴۱	۴۴۱
انتخاب ابزارهای کوتاه.....	۴۴۳
فهرست نشانه‌های بیماری ۹۰ تجدیدنظرشده (SCL-90-R) و سیاهه کوتاه نشانه‌های بیماری (BSI).....	۴۴۶
سیاههٔ افسردگی بک-۲.....	۴۵۹
سیاههٔ اضطراب حالت-صفت (STAI).....	۴۶۷
خواندنی‌های پیشنهادی.....	۴۷۴
فصل چهاردهم - برنامه‌ریزی درمان و تصمیم‌گیری بالینی.....	۴۷۵
توسعه و رویکردهای به برنامه‌ریزی درمان.....	۴۷۸
گزینه‌های مداخله.....	۴۸۸
تصمیم‌گیری بالینی.....	۴۹۲

راهنمای سنجش روانی ❖ ۷

۴۹۴	صورت‌بندی مورد.....
۴۹۹	فهمیدن مشکلات.....
۵۱۴	فهمیدن بافت مشکل.....
۵۲۲	خصایص مراجعان نیازمند به درمان خاص
۵۳۲	انتخاب روش درمانی نظام‌دار (STS) / رویکرد درون‌زندگی.....
۵۳۶	خواندنی‌های پیشنهادی.....
۵۳۷	فصل پانزدهم - گزارش روان‌شناختی
۵۳۹	رهنمودهای کلی.....
۵۷۱	بازخورد (فیدبک).....
۵۷۴	چارچوبی برای گزارش روان‌شناختی.....
۵۹۸	گزارش‌های نمونه.....
۶۴۶	خواندنی‌های پیشنهادی.....
۶۴۷	پیوست A ناشران و توزیع‌کنندگان آزمون‌ها
۶۵۲	پیوست B سازمان‌های روان‌آزمایی
۶۵۵	منابع

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 تا کنون 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

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory

2. Grossman

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، برافراستگی 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 برافراستگی مشابهی در مقیاس وابستگی به الکل داشته باشد. برافراستگی‌های 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

1. Piotrowski & Zalewski

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition

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 بالینی 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 آشکارا زیر نمره برش رسمی است مقاومت کنند.

جدول ۹-۱. طبقه‌بندی‌های مقیاس، علامت‌های اختصاری، تعداد ماده‌ها و ضرایب اعتبار

MCMI-IV

طبقه مقیاس یا نام	علامت اختصاری مقیاس	شماره مقیاس	تعداد ماده‌ها	آلفا
شاخص‌های اصلاح / روانی				
ناروایی ^۱		V	3	
ناهمسانی		W	50	
افشاگری ^۲		X	121	
مطلوب بودن ^۳		Y	24	
تحقیر ^۴		Z	30	
الگوهای بالینی شخصیت ^۵				
اسکیزوئید ^۶	AASchd	1	15	0.82
اجتنابی ^۷	SRAvoid	2A	18	0.89
مالیخولیایی ^۸	DFMelan	2B	19	0.92
وابسته ^۹	DADepn	3	14	0.81
نمایشی ^{۱۰}	SPHistr	4A	17	0.83
آشفتنه ^{۱۱}	EETurbu	4B	17	0.87
خودشیفته ^{۱۲}	CENarc	5	16	0.75
ضد اجتماعی ^{۱۳}	ADAntis	6A	14	0.78
آزارگر ^{۱۴}	ADSadis	6B	14	0.80
جبری یا تکانشی ^{۱۵}	RCComp	7	13	0.67
منفی‌گرا ^{۱۶}	DRNegat	8A	18	0.86
خودآزارگر ^{۱۷}	AAMasoc	8B	18	0.90
آسیب‌شناسی شدید شخصیت ^{۱۸}				
اسکیزوفرنی‌گونه ^{۱۹}	ESSchizoph	S	21	0.89
مرزی ^{۲۰}	UBCycloph	C	20	0.91

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------|------------------|
| 1. invalidity | 2. disclosure | 3. desirability | 4. debasement |
| 5. clinical personality patterns | 6. schizoid | 7. avoidant | 8. melancholic |
| 9. dependent | 10. histrionic | 11. turbulent | 12. narcissistic |
| 13. antisocial | 14. sadistic | 15. compulsive | 16. negativistic |
| 17. masochistic | 18. severe personality pathology | 19. schizotypal | 20. borderline |

0.84	16	P	MPParaph	پارانوئید ^۱
				نشانه‌های بالینی ^۲
0.82	13	A	GENanx	اضطراب فراگیر ^۳
0.84	10	H	SOMsym	نشانه‌های جسمانی ^۴
0.71	13	N	BIPspe	طیف دو قطبی ^۵
21	D	PERdep		افسردگی مزمن یا افسرده‌خویی ^۶
0.65	8	B	ALCuse	مصرف الکل ^۷
0.83	11	T	DRGuse	مصرف مواد ^۸
0.86	14	R	P-Tstr	استرس پس از سانحه ^۹
				نشانه‌های بالینی شدید ^{۱۰}
0.86	21	SS	SCHspe	طیف اسکیزوفرنیا ^{۱۱}
0.92	17	CC	MAJdep	افسردگی اساسی یا عمده ^{۱۲}
0.81	14	PP	DELdis	هذیانی ^{۱۳}

منبع: برگرفته شده از راهنمای پرسشنامه چند محوری میلون - IV توسط تی. میلون، اس. گراسمن و سی. میلون، ۲۰۱۵، مینوپولیس، MN: پیرسون.

سوابق تاریخی و تدوین

تدوین MCMII اصلی

اندکی پس از آن که میلون متن درسی ۱۹۶۹ خود، آسیب‌شناسی روانی نوین را منتشر کرد، دوستان متخصصش او را به ساختن ابزاری که بتواند ابعاد شخصیتی عنوان شده در کتاب مذکور را عملیاتی سازد و اندازه‌گیری کند، ترغیب نمودند. در سال ۱۹۷۲، یک فرم مقدماتی تدوین شد. سپس در طول پنج سال بعدی ماده‌های پرسشنامه خودسنجی

-
- | | | |
|----------------------------|-------------------------------|------------------------|
| 1. paranoid | 2. clinical syndromes | 3. generalized anxiety |
| 4. somatic symptom | 5. bipolar spectrum | |
| 6. persistent depression | 7. alcohol use | 8. drug use |
| 9. posttraumatic stress | 10. severe clinical syndromes | |
| 11. schizophrenic spectrum | 12. major depression | 13. delusional |

میلون - ایلینویز^۱ (MI-SRI) بسط یافت و اصلاح شد و با اختلال‌های شخصیت آنی که بعدها در DSM-III گنجانده شدند هماهنگ گشتند. همین که اصلاحات کامل شد، آزمون به چاپ رسید و پرسشنامه چند محوری بالینی میلون نام گرفت (MCMI، میلون، ۱۹۷۷).

در تدوین رسمی MCMI اصلی، ترکیبی از روش‌های مبتنی بر نظریه منطقی و تجربی به کار گرفته شد. در گام نخست گنجینه‌ای از پرسش‌های دارای روایی صوری تدوین شد که در مجموع شامل ۳۵۰۰ ماده بود که از نظریه‌های میلون (۱۹۶۹) اقتباس شد. سپس این ماده‌ها به طور منطقی به صورت ۲۰ مقیاس مختلف گروه‌بندی شدند. در آغاز، سازندگان آزمون با تغییر جمله‌بندی ماده‌هایی که جمله‌بندی آنها نارسا بود و حذف ماده‌های زاید، تعداد ماده‌ها را کاهش دادند. آن‌گاه به شیوه تجربی از بیماران خواسته شد تا ماده‌ها را از نظر دشواری و روشنی درجه‌بندی کنند و بدین ترتیب اصلاحات بیشتری در آن به عمل آمد. روش دیگر آن بود که متخصصان بالینی ماده‌ها را دوباره به صورت مقیاس‌هایی گروه‌بندی کردند تا بتوانند میزان ارتباط این مقیاس‌ها را با مقیاس‌های ابداع‌شده توسط سازندگان آزمون، ارزیابی کنند. سپس بر اساس روش‌های بالا، ماده‌ها به دو فرم پژوهشی موقتی هم‌ارز، با ۵۵۶ ماده در هر فرم، گروه‌بندی شد. این دو فرم در مورد ۲۰۰ بیمار اجرا شد و پاسخ‌های آنان از نظر فراوانی تأیید پرسش‌ها و همبستگی میان ماده‌ها با مقیاس‌های مربوط، مورد ارزیابی قرار گرفت. ماده‌های دارای بالاترین همبستگی درونی با مقیاس نگه داشته شدند و ماده‌هایی که توسط افراد خیلی زیاد (بیش از ۸۵٪) یا بسیار اندک (کمتر از ۱۵٪) تأیید شده بودند، حذف شدند. بدین ترتیب، فرم پژوهشی به یک آزمون ۲۸۹ ماده‌ای اصلاح‌شده تبدیل شد.

فرم پژوهشی ۲۸۹ ماده‌ای به ۱۶۷ متخصص بالینی داده شد تا پس از اجرا در مورد ۶۸۲ نفر از بیمارانشان، آنها را چشم‌پسته^۲ (بدون آگاهی از ماده‌های هر مقیاس) از نظر ۲۰ متغیر مختلف رتبه‌بندی کنند. سپس بر اساس فراوانی تأیید پرسش‌ها و اندازه

1. Millon-Illinois Self-Report Inventory

2. blindly

همپوشی مقیاس‌ها، ماده‌های آزمون از ۲۸۹ ماده به ۱۵۴ ماده کاهش یافت. با توجه به روش روایی‌یابی مقدماتی بالا، سه مقیاس (جامعه‌ستیزی، خودبیمارانگاری، و سواس فکری - عملی) حذف و سه مقیاس (سوء مصرف مواد، الکل و هیپومانیا یا شیدایی خفیف^۱) تدوین و افزوده شد. در نتیجه تعداد کل ماده‌های باقیمانده به ۱۷۵ ماده با مجموع ۷۳۳ کلید مختلف در ۲۰ مقیاس متفاوت رسید.

مقیاس‌هایی که در آغاز روی ۱۵۹۱ آزمودنی بالینی استاندارد شده بودند، در مرحله ساخت آزمون به کار گرفته شدند. استفاده از این نمونه به منظور تعیین نمره‌های برش بهینه و برای مشخص ساختن حضور یا نبودن برخی از ویژگی‌های خاص بود. برای تعیین پاسخ‌های یک گروه مقایسه بهنجار، از ۲۹۷ نفر آزمودنی غیربالینی استفاده شد. در سال ۱۹۸۱، پاسخ‌های ۴۳۲۱۸ بیمار به آزمون MCMI بازنگری شد و برای اصلاح بیشتر، دوباره نمره‌های برش محاسبه گردید.

یک ویژگی MCMI و نسخه‌های تجدیدنظر شده آن، استفاده از نمره‌های برش نرخ پایه^۲ (BR) برای تعیین وجود یا عدم یک ویژگی خاص است. نمره BR نیز مانند نمره شناخته‌شده T در واقع وسیله تبدیل یک نمره خام به یک نمره معنی‌دار برای تفسیر است. با این همه، نمره‌های BR در مورد درصد معینی از یک جمعیت که تصور می‌شد دارای یک ویژگی یا نشانگان معین است برگرفته شده است. برای مثال، ۱۷ درصد از جمعیت روان‌پزشکی را می‌توان دارای ویژگی‌های آشکار یک شخصیت وابسته تلقی کرد؛ در صورتی که گمان می‌رود فقط ۱ درصد از آنها دارای ویژگی‌های یک شخصیت آزارگر باشند. یعنی تصمیم‌گیری درباره ویژگی‌های بیمار هنگامی انجام می‌شود که نمره‌های وی در دامنه‌ای همخوان با هریک از دو نشانگان بالا باشد. با وجود این، اختلال‌های روانی نسبتاً شایع‌تر با نرخ‌های پایه بالا (یعنی وابسته) نیازمند نمره‌های برش نسبتاً پایین‌تری در مقایسه با اختلال‌هایی با نرخ‌های پایه پایین (یعنی آزارگر) هستند. میلون به طور اختیاری نمره BR ۸۵ را به عنوان وجود قطعی ویژگی‌های مورد

1. hypomania 2. base rate (BR)

نظر تعیین کرد. نمره BR پایین تر از ۷۵ نشان می‌داد که برخی از ویژگی‌ها وجود دارند. نمره‌های برش^۱ اضافی عبارت بودند از ۳۵ برای نشان دادن نمره میانه گروه‌های بهنجار یا غیرروان‌پزشکی، و نمره ۶۰ به عنوان میانه برای جمعیت‌های روان‌پزشکی. این رویکرد نرخ پایه، از لحاظ نظری توسط تعدادی از نویسندگان (فین^۲، ۱۹۸۲؛ ویدگر و کلسو^۳، ۱۹۸۳) تأیید شده و به طور تجربی نشان داده شده است که در مقایسه با رویکرد پر استفاده‌تر نمره T، دقت تشخیص را افزایش می‌دهد (دیوتی و وینسنت^۴، ۱۹۸۶).

تدوین MCMI-II

MCMI-II (میلون، ۱۹۸۷) بسیاری از ویژگی‌های MCMI اصلی را حفظ کرد. نیاز به گنجاندن و یکپارچه کردن پژوهش‌ها و نظریه‌های بیشتر درباره اختلال‌های شخصیت، انگیزه تدوین این آزمون بود. بدین ترتیب، تدوین این آزمون هماهنگ با ملاک‌های شرح داده شده در DSM-III و DSM-III-R انجام گرفت. به علاوه، ۴۰ تا ۵۰ ماده MCMI اصلی، غیرلازم تشخیص داده شد. مقیاس منفی‌گرایی قبلی به دو مقیاس جداگانه پرخاشگر - نافع (منفی‌گرا) و خودناکام‌ساز، تقسیم و برای این دو مقیاس جدید ماده‌هایی تدوین شد. مقیاس ضد اجتماعی - پرخاشگر قبلی نیز به یک مقیاس ضد اجتماعی و یک مقیاس پرخاشگر/آزارگر تقسیم شد. همچنین با استفاده از روش‌هایی همانند روش‌های به کار رفته برای MCMI اصلی، ماده‌های دیگری تدوین شد. نتیجه این کار فرم موقتی ۳۶۸ سؤالی MCMI-II بود. سپس این فرم در مورد ۱۸۴ بیماری که با استفاده از ملاک‌های DSM-III-R به دقت تشخیص داده شده بودند، اجرا شد. نگهداری یا حذف ماده‌ها بر اساس توانایی آنها در تفکیک گروه‌های ملاک تشخیصی انجام گرفت. همانند MCMI قبلی، MCMI-II نیز شامل ۱۷۵ ماده بود، که بر اساس ۲۲ مقیاس متفاوت (در برابر فقط ۲۰ مقیاس) کلیدگذاری می‌شوند. به منظور کاهش همبستگی درونی مقیاس، به هر یک از ماده‌ها وزنی برابر ۱، ۲، یا ۳ نمره بر حسب اهمیت

1. anchor points

2. Finn

3. Widiger & Kelso

4. Duthie & Vincent

نسبی آنها برای مقیاس‌های خاصی که کلیدگذاری می‌شوند، داده شد. نمره‌های برش بهینه BR، بر یک گروه هنجاریابی شامل ۱۲۹۲ بیمار مبتنی بود که به انواع گسترده‌ای از مشکلات جاری دچار بودند.

تدوین MCMI-III

پژوهش‌های جاری، تحولات مفهومی نوین و چاپ DSM-IV در تبدیل نسخه تجدیدنظر شده MCMI-II به آخرین نسخه آن یعنی MCMI-III، مؤثر بوده‌اند (میلون، ۱۹۹۴). به وسیله روش‌هایی مانند آنچه برای MCMI-II و MCMI-III به کار رفت، یک آزمون ۳۲۵ سؤالی موقتی تدوین و مقیاس‌های افسردگی و PTSD نیز به آن افزوده شد. مقیاس‌های اختلال شخصیت خودناکام‌ساز و آزارگر نگه داشته شدند؛ اگرچه این تشخیص‌ها از DSM-IV حذف شده بود. مجموع ماده‌های MCMI-III نهایی هنوز ۱۷۵ ماده بود؛ اما ۹۰ ماده MCMI-II تغییر یافته و ۸۵ ماده بدون تغییر در آن باقی ماند. در واقع، اغلب ماده‌های تغییر یافته، محتوای قبلی خود را در اصل حفظ کرده بودند. تغییرات بیشتر به افزایش شدت نشانه‌ها مربوط بود. این کار بدین منظور انجام گرفت که تعداد افراد تأییدکننده ماده‌های خاص کاهش یابد؛ با این امید که MCMI-III درباره آسیب‌شناسی پیشنهادی^۱ انتخابی‌تر عمل کند. همچنین تعداد ماده‌های هر یک از مقیاس‌ها به نصف کاهش یافت و تعداد کلیدها از ۹۵۳ مورد در MCMI-II به ۴۴۰ مورد در MCMI-III تقلیل پیدا کرد. درجه‌بندی احتمالی برای هر یک از ماده‌ها از ۱، ۲، یا ۳ به ۱ یا ۲ درجه کاهش یافت. ۲۸ مقیاس به دست آمده، به صورت طبقه‌هایی که در جدول ۹-۱ نشان داده شده است تفکیک شدند. نمره‌های برش بهینه BR از یک نمونه هنجاریابی شامل ۱۰۷۹ بیمار بالینی بازمینه‌ها و شرایط درمانی بسیار گوناگون به دست آمد. علاوه بر این، جنبه‌ها یا زیرمؤلفه‌هایی برای هر یک از مقیاس‌های شخصیتی طراحی شدند تا امکان تفسیر دقیق‌تری از برافراشتگی‌های مقیاس فراهم شود (اس گروسمن و دیل ریو ۲۰۰۵؛ میلون و همکاران ۲۰۰۶).

1. suggesting pathology

تدوین MCMI-IV

با انتشار نسخه جدید اختلال‌های شخصیت میلون (۲۰۱۱) و نسخه پنجم DSM، و نیز تغییرات پیدا شده در نرخ‌های پایه اختلالات خاص در آخرین هنجاریابی MCMI-III در سال ۲۰۰۹، نیاز به تجدید نظر دیگری ضرورت یافت. علاوه بر برخی از تغییرات اصطلاح‌شناختی جزئی، یک مقیاس شخصیتی جدید افزوده شد: اختلال شخصیت سرزنده/آشفته. مهم‌تر این‌که، یک تغییر عمده در چارچوب مفهومی صورت‌گرفت که تا حدودی با دیدگاه‌های نظری میلون هماهنگی نزدیک دارد. بسیاری از کاربران آزمون، به دلیل تمرکز روی نمونه‌های بالینی، قبلاً تصور می‌کردند که MCMI فقط کاربرد شخصیت بیمارگونه شدید را توصیف می‌کند. اما MCMI-IV جهت روشن ساختن نمونه‌های بالینی که گستره‌ای از کارکردهای شخصیت (و کژکاری‌ها) را دارند متمرکز است؛ به طوری که این ابزار می‌تواند برای توصیف پیوستاری از ویژگی‌های شخصیتی، از حالت بهنجار تا نابهنجار (کارکردی و کژکاری) مورد استفاده قرار گیرد. اگرچه هر مقیاس شخصیت پیش از این با استفاده از زبان پاتولوژیک آسیب‌شناسی شخصیت (به عنوان مثال، مقیاس خودشیفته، مقیاس اجتنابی) مفهوم‌سازی شده بود، اما اکنون هر مقیاس شخصیت با یک عنوان مشخص شده است که نشان‌دهنده پیوستاری از ویژگی‌های شخصیتی از بهنجار تا نابهنجار است. به عنوان مثال، آنچه که مقیاس نمایشی نامیده می‌شد، اکنون مقیاس SPHistr است که بر پیوستاری از مردم‌آمیزی تا شادی‌آفرین نمایشی دلالت دارد. مقیاس ADSadis نشان‌دهنده پیوستاری از جرأت‌ورزی به بدنام کردن تا آزارگری (سادیستیک) است. برای تدوین MCMI-IV، یک آزمون موقت ۲۸۴ ماده‌ای طراحی شد. جهت فرم نهایی MCMI-IV که دارای ۱۹۵ ماده است، ۱۱۲ ماده از آزمون MCMI-III حفظ، و ۸۳ ماده جدید به آن اضافه شد (۶۳ ماده از ۱۷۵ ماده اصلی MCMI-III جایگزین شد). ماده‌های جدید در اصل برای گسترش دامنه آزمون و جدیدتر شدن آن تدوین شدند. نمره‌های برش بهینه BR از یک نمونه هنجاری شامل ۱۵۴۷ بیمار بالینی که سوابق و موقعیت‌های درمانی متفاوتی داشتند، به دست آمد.