

ارزیابی چقدر می تواند گمراه کننده باشد؟ یک مطالعه موردی در اختلال شخصیت مرزی
 محمود حکیم نیا^۱، زهره رافعی^۲

How confusing an assessment might be? a case study in borderline personality disorder

Mahmoud Hakimnia¹, Zohreh Rafezi²

چکیده

زمینه: تشخیص درست به ویژه در اختلالات شخصیت برای گزینش مناسب ترین روش مداخله همواره چالش برانگیز است با این حال همخوانی بین روش های تشخیصی بر پایه خود گزارش دهی درمانجویان با روش های مبتنی بر ارزیابی متخصصان بالینی رضایت بخش نیست. **هدف:** هدف این پژوهش بررسی همخوانی روش تشخیصی بر پایه ارزیابی متخصص بالینی و روش مبتنی بر خود گزارش دهی درمانجو، برای گزینش مناسب ترین شیوه تشخیص گذاری بود. **روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه موردی بالینی بود. داده ها با استفاده از ابزارهای مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-II؛ فرست و همکاران، ۱۹۹۴)، پرسشنامه میلون-۳ (میلون، ۱۹۹۴) و مصاحبه بدون ساخت از یک درمانجوی مرد ۳۰ ساله بدست آمد و مورد تجزیه و تحلیل تبیینی قرار گرفت. **یافته ها:** نتایج این پژوهش نشان داد در مصاحبه بالینی ساختاریافته درمانجو واجد تشخیص اختلال شخصیت مرزی است و در پرسشنامه میلون-۳ با وجود قابلیت اعتماد نیمرخ، برافراستگی در مقیاس مرزی وجود ندارد. **نتیجه گیری:** همخوانی بایسته بین دو روش مبتنی بر ارزیابی متخصص بالینی و روش بر پایه خود گزارش دهی در این مطالعه موردی دیده نشد. به طور کلی نتایج این پژوهش بیانگر این بود که استفاده از آزمون های شناخته شده و قابل اطمینان همواره نتایج قابل اعتمادی به دنبال نخواهد داشت و ترکیب چند خاستگاه ارزیابی در تشخیص گذاری شایسته تر و سودمندتر است و به نتایج قابل اطمینان تری می انجامد. **واژه کلیدها:** تشخیص، اختلال شخصیت مرزی، پرسشنامه میلون-۳، مصاحبه بالینی ساختاریافته.

Background: Accurate diagnosis especially in personality disorders has been always challenging to select the most appropriate intervention method. However, the consistency between diagnostic methods based on patient's self-report and methods based on the evaluation of clinicians is not satisfactory. **Aims:** The present study aimed to investigate the consistency of diagnostic method based on clinician's evaluation and the method based on the patient's self-report to select the most appropriate diagnostic method. **Method:** The present study was a clinical case study. The data were obtained from a 30-year-old male client using Structured Clinical Interview (SCID-II; First et al., 1994), Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III; Millon, 1994), and unstructured interview assessment tools, and were explanatorily analyzed. **Results:** According to the results, the client was diagnosed with borderline personality disorder to the SCID-II, and despite the profile validity, there was found no elevation at the borderline scale of the MCMI-III. **Conclusions:** No appropriate consistency was found between the method based on the evaluation of clinician and self-report-based method in this case study. In general, the results of the present study indicated that known and valid tests will not always lead to reliable results and the combination of several sources of evaluation is more appropriate and effective and result in more reliable results. **Key Words:** Diagnosis, borderline personality disorder, Millon clinical multiaxial inventory-III, structured clinical interview.

Corresponding Author: Hakimnia.Mahmoud@gmail.com

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۱ M.A Student in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۲ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۲ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

مقدمه

از آغاز پیدایش رشته روان‌پزشکی در اواخر قرن هجدهم میلادی به‌عنوان یک حوزه بالینی مجزا، تشخیص راهی برای ارتباط بین متخصصان و پژوهش علمی همواره از زمینه‌های پیچیده و چالش‌برانگیز بوده و این زمینه همچنان تاکنون ادامه یافته است (مک‌گوری و وان اوس، ۲۰۱۳؛ هوف و همکاران، ۲۰۲۰). انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱ با انتشار ویرایش‌های مختلف دستنامه‌های تشخیصی و آماری^۲ (DSM) به طبقه‌بندی اختلالات روانی پرداخت و دست‌کم هم‌آوایی در طبقه‌بندی و توانایی اعتماد تشخیصی اختلالات روانی به‌ویژه از ویرایش سوم را به گونه‌ای شایسته نمایان ساخت (کلرمان، ۱۹۸۴؛ کاوا و گیورادو، ۲۰۱۲). طبقه‌بندی اختلالات روانشناسی از یک‌سو و ارجاع افراد به این طبقه‌ها با توجه به معیارها که همان تشخیص‌گذاری است، از سوی دیگر، کاملاً متفاوت است و قابلیت اعتماد روش‌های تشخیصی در اینجا پیش کشیده می‌شود (کریمر و همکاران، ۲۰۱۲؛ رجیر و همکاران، ۲۰۱۳؛ چمیولوسکی و همکاران، ۲۰۱۵). روان‌پزشکان و روانشناسان بالینی از جمله کسانی هستند که بیشترین تشخیص‌گذاری را به دلایل گوناگون مانند برگزیدن بهترین شیوه درمان و پیگیری سلامت‌روانی انجام می‌دهند، بدیهی است یک برنامه درمان درست پیامد یک تشخیص درست خواهد بود (پرکینز و همکاران، ۲۰۱۸؛ دانیلسون و همکاران، ۲۰۱۹). تا به امروز برای بالا بردن قابلیت اعتماد تشخیص، انواع گوناگونی از روش‌ها و ابزارهای تشخیصی تهیه شده است و هرکدام بر کارایی خود تأکید دارند به هر روی تلاش برای دستیابی به یک روش طلایی تشخیص اختلالات روانی که مورد پسند همگان واقع شود همواره مد نظر متخصصان بالینی و پژوهشگران است، هر چند به نظر نمی‌رسد چنین هم‌آوایی بدست آمده باشد و یا به این زودی شاهد بروز چنین سازشی در روشی یگانه در تشخیص‌گذاری باشیم (نلسون و همکاران، ۲۰۱۷؛ نیوسون و همکاران، ۲۰۲۰). تشخیص‌گذاری در اختلالات شخصیت همواره با چالش بیشتری همراه است و با نگرش به آسیب‌های شدید ناشی از این طبقه اختلالات اهمیت بیشتری دارد، پژوهش‌ها نشان می‌دهد در بسیاری از موارد تشخیص این

اختلالات در زیر سایه سایر اختلالات پنهان می‌ماند (هوانگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ ریدرون و همکاران، ۲۰۱۷؛ اکسیلیوس، ۲۰۱۸؛ هوپریچ، ۲۰۱۸).

ابزارهای تشخیصی را می‌توان در یک تقسیم‌بندی کلی در دو دسته جای داد، روش‌هایی که برپایه خودگزارش‌دهی آزمودنی تهیه شده‌اند و روش‌هایی که دید و ارزیابی متخصصان بالینی پایه گردآوری داده‌ها قرار می‌گیرد. در این راستا مصاحبه از برجسته‌ترین و پرکاربردترین روش‌های ارزیابی تشخیصی است که مبنای گردآوری داده‌ها در آن ایده و ارزیابی متخصص بالینی است. مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته^۳ (SCID) در بیشتر پژوهش‌های سازمان‌یافته برای بهبود قابلیت اعتماد ارزیابی‌های تشخیصی تهیه شده است و این باعث پذیرش متخصصان بالینی و پژوهشگران به این ابزار کاربرمدار شده است (فرست، ۲۰۱۵؛ شانکام و فونخوسر، ۲۰۱۸؛ اوزوریو و همکاران، ۲۰۱۹). پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون-۴۳ (میلون-۳) نیز از جمله پرکاربردترین و شناخته‌شده‌ترین ابزارهای سنجش اختلالات شخصیت است که برپایه خودگزارش‌دهی آزمودنی تهیه شده است این پرسشنامه یکی از پرطرفدارترین آزمون‌ها بوده و پژوهش‌های بسیار زیادی درباره آن شده است. این آزمون در محیط‌های درمانی، قانونی، ارزیابی‌های عصب روانشناختی، وابستگی مواد و الکل، ارزیابی و درمان سالمندها و ارزیابی زوجین به‌طور گسترده به کار برده می‌شود (گراسمن، ۲۰۱۵؛ چوکا و گراسمن، ۲۰۱۵؛ دادفر و لستر، ۲۰۱۷). سازگاری و همبستگی بایسته‌ای بین ابزارهای تشخیصی که در آنها نظر و ارزیابی متخصص بالینی بنیاد قرار داده می‌شود و آنهایی که داده‌ها برپایه خودگزارش‌دهی آزمودنی است، وجود ندارد و مطالعات گوناگون انجام شده بر روی قابلیت اعتماد این روش‌ها آن‌چنان که پیش‌بینی می‌شود، رضایت‌بخش نیست (پری، ۱۹۹۲؛ دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۳؛ برادلی و همکاران، ۲۰۰۷؛ ساموئل و همکاران، ۲۰۱۸). در نتایج پژوهش‌ها مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته در مقایسه با سایر روش‌های ارزیابی از جمله پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی از معیارهای قابلیت اعتماد تشخیصی بهتری برخوردار هستند (موری و همکاران، ۲۰۱۰؛ ساموئل و همکاران، ۲۰۱۳؛ سامول، ۲۰۱۵). در پژوهش تورگرسن و آلتیز (۱۹۹۰) همسویی کاملی بین پرسشنامه

1. American Psychiatry Association

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

3. Structured Clinical Interview for DSM (SCID)

4. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)

۲۰۰۰). با توجه به نرخ بالای خودکشی و خودزنی در این دسته از افراد و دردسترس بودن روش‌های اثربخش درمانی تشخیص درست این اختلال در پیشگیری از آسیب‌های بیشتر اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (تیمز و زانارینی، ۲۰۱۹؛ لویس، ۲۰۱۹؛ علی‌نقی و همکاران، ۱۳۹۷). سایر ویژگی‌های دیگر این اختلال شخصیت از جمله پیش‌آگهی اعتیاد و سوء مصرف الکل، کمتر شدن سن اختلال، شایع بودن، روند رو به رشد و در برداشتن هزینه بالا آن را به یک اولویت پژوهشی تبدیل کرده است (میولجیک و همکاران، ۲۰۱۷، پورنقاش تهرانی و قلندرزاده، ۱۳۹۷؛ گاندرسون و همکاران، ۲۰۱۸؛ دوبرینگ، ۲۰۱۹؛ وست و تراگسر، ۲۰۲۰).

با توجه به اهمیت تشخیص در زمینه اختلالات روانی به منظور ارائه راهکار مناسب درمانی در محیط عملی و شرایط طبیعی به‌ویژه برای اختلال شخصیت مرزی و نیاز گزینش راهبرد مطمئن در تشخیص‌گذاری از یک‌سو و نبود همخوانی رضایت‌بخش بین روش‌های تشخیصی پرکاربرد و متداول با خاستگاه متفاوت جمع آوری داده‌ها از سوی دیگر، بررسی این پیچیدگی با اهمیت است در این راستا پژوهش حاضر به روش مطالعه موردی در پی پاسخگویی به این پرسش است که آیا همخوانی مناسبی بین دو ابزار با خاستگاه متفاوت جمع‌آوری اطلاعات دیده می‌شود؟ و در محیط‌های عملی بهترین روش و رویکرد برای ارزیابی تشخیصی چه می‌تواند باشد؟

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه موردی بالینی بود و جامعه هدف درمانجویان مراجعه‌کننده به کلینیک روانشناسی و جامعه مورد مطالعه درمانجویان با احتمال اختلال شخصیت مرزی بود. همچنین در این مطالعه، نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. معرفی شرکت‌کننده: فرهاد مجرد ۳۰ ساله با تحصیلات کاردانی به دفتر مشاوره مراجعه نمود. فرهاد در کودکی در خانواده مورد سوءاستفاده فیزیکی و روانی قرار گرفته است و از سوی در ارتباط با سایر کودکان خانواده پرخاشگری و خشونت داشت. روابط فرهاد با همسالان خود در مدرسه با توجه به تغییر محل زندگی و نبود آشنایی با زبان محل اقامت جدید با مشکلاتی روبرو شد و در مدرسه مشکلات تحصیلی گوناگونی برای او ایجاد شد و به‌طور کلی دوران تحول کودکی نامناسبی را سپری کرده است. فرهاد با تأخیر وارد دانشگاه شد و پس از دو سال از تحصیل

میلون و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت DSM-III گزارش نشد و پرسشنامه میلون تعدادی تشخیص کاذب مثبت و منفی نشان داد. نکته برجسته دیگری که در اینجا باید به آن اشاره کرد تفاوت روش تشخیص‌گذاری در محیط‌های عملی بالینی با روش‌های متداول در پژوهش‌های علمی است، این کار باعث ابهام و پیچیدگی بیشتر در تشخیص می‌شود، معمولاً در محیط‌های عملی متخصصان بالینی روش‌های بدون ساخت با قابلیت اطمینان کمتر را به کار می‌گیرند (زیمرن و همکاران، ۲۰۱۲؛ ساموئل و همکاران، ۲۰۱۶). چنانچه پژوهش‌هایی مانند ساموئل و همکاران (۲۰۱۸) نشان می‌دهند هم‌گرایی بایسته‌ای بین دو روش برپایه ارزیابی متخصص بالینی و خودگزارش‌دهی درمانجو وجود ندارد و از سوی دیگر در محیط‌های عملی و عملی روش‌های گوناگونی به کار گرفته می‌شود این پرسش پیش کشیده می‌شود که کدام یک از روش‌های ارزیابی برای تشخیص‌گذاری در محیط طبیعی عملی مناسب‌تر است؟ آیا بین روش‌های ارزیابی متفاوت سازگاری و همخوانی وجود دارد؟ یا در عمل چه اتفاقی در حال رخ دادن است؟ پژوهشگرانی برای یافتن پاسخ این پرسش تلاش کرده‌اند، به عنوان نمونه سرابی و صادقی (۱۳۹۷) در پژوهش خود برای اولین بار توافق بین پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون-۳ و SCID-II را در جامعه دانشجویی و کلینیک‌های ترک اعتیاد با حجم نمونه ۵۱۰ نفر بررسی نمودند و میزان توافق خوب و متوسطی بین این دو ابزار در تشخیص اختلالات شخصیت را گزارش کردند، در این پژوهش بیشترین توافق (۰/۶۶)، از نظر حساسیت بیشترین توان (۰/۵۱) و همچنین بیشترین توان پیش‌بینی مثبت (۰/۹۵) برای تشخیص در اختلال شخصیت مرزی گزارش شد. اختلال شخصیت مرزی از چند سو نسبت به سایر اختلالات شخصیت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و تشخیص این اختلال از چالش‌برانگیزترین اختلالات شخصیت است (گاندرسون و همکاران، ۲۰۱۸؛ مولای و همکاران، ۲۰۱۹؛ راث و همکاران، ۲۰۲۰). در این گروه از بیماران میزان دامنه وسیع پریشانی در روابط بین‌فردی باعث ایجاد ناراحتی و پریشانی‌های گسترده‌تر و میزان کاهش کارایی بیشتر نسبت به سایر اختلالات شخصیت می‌شود (زانارینی و همکاران، ۲۰۰۵؛ آنسل و همکاران، ۲۰۰۷). از سوی این اختلال فراگیرتر از یک آسیب درون‌فردی منفرد نمایان می‌شود و نزدیکان بیمار نیز بیشتر دچار اختلالات روانشناختی مانند اختلالات خلقی می‌شوند (ریزو و همکاران،

است. او در حال حاضر شغل خوب و درآمد کافی دارد و از عهده وظایف کاری خود برمی آید. از نقاط ضعف او می توان تکانشگری، نبود کنترل خشم در موقعیت های خاص، خلق تحریک پذیر، احساسات طاقت فرسا، نوسان خلق، تغییر علائق و بدینی در زمان های تنیدگی را نام برد.

در این پژوهش به منظور حفظ حریم شخصی و موارد اخلاقی از نام مستعار استفاده شده است همچنین کلیه مشخصات شخصی و موقعیتی تغییر داده شد و برای انتشار اطلاعات از در مانجو رضایت کتبی گرفته شد.

ابزار

پرسشنامه میلون-۳: این ابزار به صورت ویژه به عنوان یک پرسشنامه شخصیت مستقل برای اندازه گیری اختلالات اصلی روان پزشکی و گستره کاملی از آسیب شناسی شخصیتی اولین بار توسط میلون در سال ۱۹۷۷ تهیه شده است. یکی از ویژگی های بی نظیر پرسشنامه میلون که ویرایش سوم آن در سال ۱۹۹۴ انجام شد قابلیت مشخص کردن و رتبه دهی به اختلالات شخصیت سنتی است (میلون و بلوم، ۲۰۰۸). این ابزار یک پرسشنامه براساس خودسنجی استاندارد شده و برای افراد بالای ۱۸ سال دارای توانایی خواندن در سطح کلاس هشتم قابل اجرا است. تعداد ماده های آن ۱۷۵ عدد با پاسخ های بله / خیر است و ۲۸ مقیاس را نمره دهی می کند. این پرسشنامه در مدت زمان حدود ۲۰ الی ۳۰ دقیقه قابل اجرا است و توانایی تفکیک نشانه های مختلف اختلالات شخصیت را دارد. این پرسشنامه چهار معیار تغییر پذیری / قابلیت اطمینان شامل افشاگری (X)، مطلوبیت (Y)، تحقیر (Z) و قابلیت اطمینان (V) برای تعیین قابلیت اعتماد نیم رخ دارد. در ۲۴ مقیاس دیگر ۱۱ مقیاس الگوی شخصیتی، سه آسیب شدید شخصیت، هفت نشانگان بالینی و سه نشانگان شدید بالینی آمده است. نمره های پایه در هر یک از مقیاس ها می تواند بین صفر تا ۱۱۵ بدست آید و سه نقطه صفر، ۷۵ و ۸۵ به عنوان برجسته ترین نقاط ثقل مرتبط با تشخیص به حساب می آیند و بیشتر متخصصان بالینی نمره پایه ۷۵ را نقطه وجود رگه مشخص یا سندروم مورد نظر می دانند و نقطه برش بحرانی تصمیم گیری دوجهبی بهنجاری و نابهنجاری در نظر می گیرند، در واقع نمره پایه زیر ۷۵ غیر بالینی محسوب می شود و هرچه نمره ها پایه بیشتر باشد استنتاج تشخیصی بیشتر می شود (میلون و بلوم، ۲۰۰۸). میلون (۱۹۹۴) میزان پایایی این پرسشنامه را به روش آزمون -

انصراف داد و با تغییر رشته وارد دانشگاه دیگری شد و بعد از یک ترم مجدد از تحصیل انصراف داد، او در نهایت موفق به دریافت کاردانی در سومین دانشگاه شد. فرهاد دوستان اندکی در حال حاضر دارد و همواره روابط او با سایرین آشفته و دچار نوسانات شدیدی است به گونه ای که او در هر دوره دوستانی داشته و در بیشتر موارد به شکلی نامناسب رابطه پایان یافته است. در ارتباط با جنس مخالف، الگوی فرهاد روابط زیاد همزمان بدون در نظر گرفتن زمینه آسیب به صورت مهار گسیخته است و هرگز در یک رابطه متعهدانه باقی نمانده و تجربه رابطه هنجار در این زمینه ندارد. فرهاد مصرف الکل و همچنین مواد اعتیاد آور را در دوره های تجربه کرده است. در تابلوی بالینی فرهاد روابط پرتنش، خشن و آسیب زا با اعضای خانواده دیده می شود و او با تمام کوشش خود برای داشتن روابط اجتماعی سالم همواره آشفته گی هایی مانند نزدیکی - دوری و محبت - نفرت را تجربه می کند. فرهاد از میزان تحصیلات خود، نبود پیگیری تصمیم ها، نبود ثبات قدم و اضافه وزن شکایت دارد و این موارد باعث رنج، کاهش حرمت خود و نوعی نارضایتی همیشگی در او شده است. احساسات فرهاد درباره خود و دیگران متناقض است به طوری که سردرگمی و نبود اطمینان از نوع هیجانات او را آزار می دهد از طرفی نگرانی از رویدادهای احتمالی آینده، نبود روابط مهرآمیز و بی ثباتی در شغل در او تبدیل به نشخوارهای ذهنی شده است. از دیدگاه پزشکی فرهاد اغلب درد هایی در قلب، مفاصل، کمر، پا، معده و گاهی بی حسی در اعضا بدن را تجربه می کند و تاکنون هیچ آزمایش پزشکی مشکل جسمی مشخصی در او نشان نداده است. فرهاد رفتارهای خشن و خریدهای بی رویه را به صورت تکانشی از خود نشان می دهد. فرهاد می گوید "از هر ۱۰۰ بار که تکانه به سراغم می آید شاید یک بار بتوانم در مقابل آن مقاومت نمایم" پس از انجام این گونه فعالیت ها او احساس پشیمانی کرده و نگرش منفی درباره خود پیدا می کند. او هویتی ثابت و مستقل برای خود متصور نیست و پیوسته انگاره خود را در حال تغییر می داند. انگیزه فرهاد برای بهبود و دست یافتن به کیفیت بهتر زندگی بالاست و او درمان های روان پزشکی و روانشناسی خود را در دوره هایی دنبال کرده است. از لحاظ بدنی قوی و ورزشکار است و از هوش خوبی برخوردار است، او فردی حامی، مواظب، مسئولیت پذیر و باخرد است. واقع بینی، شجاعت، توانایی استقلال، متقاعد کننده بودن و بینش بالا نیز از ویژگی های او

(۰/۵۲) و برای کل تشخیص‌ها در گستره طول عمر (۰/۵۵) گزارش شد.

برای انجام پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها پنج جلسه جداگانه با درمانجو برگزار شد. در جلسه اول مصاحبه بالینی غیرساختاریافته برای به‌دست آوردن شکایت اصلی، شرح حال و تاریخچه انجام شد در جلسه دوم مصاحبه SCID-II انجام شد در جلسه سوم پرسشنامه میلون-۳ اجرا شد و در نهایت جلسه‌های بعدی مصاحبه بدون ساخت به‌منظور بررسی عمیق و واکاوی نتایج آزمون‌ها برگزار شد و یافته‌ها به روش کیفی تبیینی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

یافته‌ها در این پژوهش از مطالعه موردی تبیینی بر روی یک درمانجو بدست آمد و در گردآوری داده‌ها ابزارهای کمی و کیفی بکارگرفته شد همچنین مصاحبه بدون ساخت برای کاوش نتایج و ایده‌پردازی در مورد ارتباط بین داده‌ها بکارگرفته شد.

مصاحبه ساختاریافته SCID-II: در این مصاحبه درمانجو با پاسخ به ۱۳ پرسش تشخیصی برای ۹ معیار اختلال شخصیت مرزی با توجه به پاسخ‌ها در ۷ معیار تشخیصی در حد واقعی (کد ۳) دانسته شد و از این رو تشخیص‌گذاری در این اختلال انجام شد. نتایج ارزیابی در همه معیارها در جدول ۱ دیده می‌شود.

در پرسشنامه میلون-۳ نتایج معیار تغییرپذیری / قابلیت اعتماد ($V=0$) بدست آمد و همان‌طور که در جدول ۲ دیده می‌شود نمره افشاگری برابر ۷۵ گویای این است که درمانجو به‌صورت غیردفاعی مشکلات خود را بیان داشته است و کمی هم اغراق در مشکلات خود نشان داده است. نمره‌های پایین‌تر از ۷۵ در سایر معیارها نشان می‌دهد برافراشتگی معناداری در هیچ‌یک از الگوهای بالینی شخصیت، آسیب شدید شخصیت، نشانگان بالینی و شدید وجود ندارد. نمره پایه ۴۹ در مقیاس مرزی نبود ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی حتی در حد سبک زندگی را نشان می‌دهد و به‌طور کلی با در نظر گرفتن نتایج این پرسشنامه هیچ اختلالی را برای درمانجو نمی‌توان متصور شد.

مقایسه نتایج بدست آمده از SCID-II و پرسشنامه میلون-۳ نبود همخوانی بین آنها را نشان می‌دهد و در این پژوهش این دو ابزار با روش گردآوری متفاوت که یکی براساس خودگزارش‌دهی درمانجو و دیگری برپایه ارزیابی متخصص بالینی است در یک راستا قرار ندارد و همسویی در نتایج دیده نمی‌شود.

بازآزمون بین (۰/۸۲) تا (۰/۹) و ضریب آلفای آن را بین (۰/۶۶) تا (۰/۹) گزارش کرد (چوکا و وندربرگ، ۱۹۹۷). اولین پژوهش انجام شده برای هنجاریابی نسخه دوم این پرسشنامه توسط خواجه موگهی (۱۳۷۲)، به نقل از چگینی و همکاران، (۱۳۹۲) انجام شد و ضریب پایایی آزمون - بازآزمون در بازه زمانی ۷ تا ۱۰ روز در گستره (۰/۷۸) برای نمایشی و (۰/۸۷) برای هذیانی گزارش شد. چگینی و همکاران (۱۳۹۲) در ارزیابی روانسنجی این پرسشنامه قابلیت اعتماد را به‌روش آزمون - بازآزمون برای گروه بالینی (۰/۷۹۳-۰/۶۱۱) و برای گروه غیر بالینی (۰/۹۷۲-۰/۷۹۵) گزارش کردند و همسانی درونی نیز به‌روش آلفای کرانباخ (۰/۸۹-۰/۶۴) گزارش شد در همین پژوهش توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌های شخصیتی (۰/۴۷-۰/۱۳) و مقیاس‌های بالینی (۰/۷۸-۰/۳۳) و همچنین توان پیش‌بینی منفی پرسشنامه (۰/۹۹-۰/۹۱) و توان تشخیص کل (۰/۹۷-۰/۷۷) گزارش شد. سرابی و صادقی (۱۳۹۷) بیشترین توان پیش‌بینی مثبت (۰/۹۵) را برای تشخیص در اختلال شخصیت مرزی گزارش کردند.

SCID-II: فرست و همکاران (۱۹۹۴) این ابزار را که یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برای ارزیابی ۱۰ اختلال شخصیت محور دوم، اختلال شخصیت که به‌گونه دیگر تعریف نشده است، اختلال شخصیت منفعل - پرخاشگر و اختلال شخصیت افسرده مطابق DSM-IV تهیه نمودند. این ابزار برای افراد بالای ۱۸ سال توسط فرد آموزش دیده قابل به‌کارگیری است و هم به‌صورت مطلق و هم به‌صورت ابعادی اختلال‌های محور دوم را تشخیص‌گذاری می‌کند. این مصاحبه دارای ۱۱۹ سوال برای ارزیابی معیارهای تمامی اختلالات شخصیت است و مصاحبه‌گر با توجه به قضاوت و ارزیابی بالینی خود از پاسخ‌های مصاحبه‌شونده کدهای (۴) اطلاعات ناکافی، کد (۱) عدم وجود، کد (۲) پایین‌تر از آستانه و کد (۴) در حد آستانه یا واقعی به‌هریک از معیارها اختصاص می‌دهد. برای اختلال شخصیت مرزی این ابزار دارای ۱۳ پرسش پیرامون نه معیار تشخیصی است و شرط تشخیص‌گذاری داشتن حداقل پنج معیار است (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴). در بررسی نسخه فارسی این مصاحبه توسط شریفی و همکاران (۱۳۸۳) توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب (کاپای بیشتر از ۰/۶) و توافق کلی (کاپای کلی) برای کل تشخیص‌های فعلی

جدول ۱. نتایج مصاحبه SCID-II

ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی	اطلاعات ناکافی (۹)	وجود ندارد (۱)	پایین تراز آستانه (۲)	در حد آستانه یا واقعی (۳)
۱				*
۲				*
۳				*
۴				*
۵		*		
۶				*
۷				*
۸				*
۹			*	

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی همخوانی بین دو ابزار با روش گردآوری مختلف داده‌ها و گزینش بهترین روش و قابل اعتمادترین رویکرد در محیط‌های عملی برای تشخیص‌گذاری انجام شد. نتایج پژوهش حاضر که از ارزیابی جامع، چندبعدی و عمیق درمانجوی ۳۰ ساله بدست آمد نشان داد که در این مطالعه موردی توافقی بین دو روش ارزیابی به‌کارگرفته شده وجود ندارد و همانطور که در مقدمه مرور شد هر دو ابزار به‌کارگرفته شده متداول و با کاربرد و قابلیت اعتماد بالا در محیط‌های بالینی و پژوهشی هستند که در نگاه اول چنین ناهماهنگی بین نتایج کمی دور از انتظار است. در این پژوهش برای تبیین و چرایی این ناهماهنگی در جلسه‌های جداگانه، پاسخ‌های درمانجو دوباره کنترل شد و گمان هرگونه اشتباه و همچنین نبود صداقت بررسی شد و در نهایت هر دو گمانه رد شد در ادامه، واکاوی در مورد ماده‌های پرسشنامه میلون-۳ و پاسخ درمانجو به آنها صورت گرفت و همچنین نگرش او در مورد ارزیابی متخصص بالینی در مصاحبه ساختاریافته پیرامون معیارهای تشخیصی بررسی شد. درمانجو ابراز کرد هم در مصاحبه ساختاریافته و هم در پرسشنامه میلون-۳ با صداقت و بر مبنای باور خود به پاسخگویی پرداخته است و به روشنی راستگویی خود را بیان کرد "من چیزی برای پنهان کاری ندارم و پاسخ‌های من دقیقاً همان چیزی بود که در ذهنم بود". اکنون این پرسش پیش کشیده می‌شود که با آنکه نقطه قوت پرسشنامه میلون-۳ در تشخیص اختلالات شخصیت است و این پرسشنامه از قابلیت اعتماد بالایی برخوردار است چگونه چنین ناهمخوانی در این درمانجو قابل تبیین است. در پژوهش سرابی و

جدول ۲. نتایج پرسشنامه میلون-۳

معیار	نمره	۷۵ ↓	۶۰ ↓
X	افشاگری	۷۵	.....
Y	مطلوبیت	۶۳	.....
Z	بدنمایی	۴۴	.....
1	اسکیزوئید	۲۸	.....
2A	دوری‌گزین	۳۸	.....
2B	افسرده	۴۸	.....
3	وابسته	۱۲	.....
4	نمایشی	۴۸	.....
5	خودشیفته	۷۰	.....
6A	ضد اجتماعی	۴۵	.....
6B	دیگر آزار	۶۵	.....
7	وسواسی	۶۲	.....
8A	منفی‌گرا	۶۰	.....
8B	خودآزار	۴۸	.....
S	اسکیزوتیپال	۵۶	.....
C	مرزی	۴۹	.....
P	پارانوئید	۵۴	.....
A	اختلال اضطراب	۶۲	.....
H	شبه جسمی	۹	.....
N	مانیک	۶۵	.....
D	افسرده‌خویی	۳	.....
B	وابستگی به الکل	۲۶	.....
T	وابستگی به مواد	۳۳	.....
R	استرس پس از ضربه	۴۶	.....
SS	اختلال تفکر	۶۱	.....
CC	افسردگی اساسی	۱	.....
PP	اختلال هدایایی	۶۷	.....

درون خود به آسانی معیارها را در مدت زمانی کوتاه بدون هیچ تردیدی تأیید می‌کند. این مطالعه موردی اهمیت انجام مصاحبه ساختاریافته در ابتدای ارزیابی درمانجویان به‌ویژه توسط متخصصان بالینی کم‌تجربه را یادآوری می‌کند و تأکید می‌کند آزمون‌ها بدون انجام مصاحبه بالینی و ارزیابی دقیق می‌توانند نتایج کاملاً گمراه‌کننده همراه داشته باشند. به‌یقین استفاده از پرسشنامه میلون - ۳ در بسیاری از موارد مفید و کارآمد است ولی اعتماد تک‌بعدی و تصمیم‌گیری بدون ارزیابی کامل و همه‌جانبه می‌تواند به تشخیص های کاذب مثبت و منفی منجر شود. اختلال شخصیت مرزی در این درمانجو شاید با کمی دقت حتی با یک مصاحبه بالینی بدون ساخت توسط یک متخصص باتجربه قابل ردیابی بود ولی نیمرخ بدست آمده از پرسشنامه میلون-۳ او را به عنوان یک فرد هنجار ارزیابی می‌کند. تمامی این موارد اهمیت یادگیری هنر مصاحبه تشخیصی و جوهره روانشناسی بالینی را یادآوری می‌کند. تنها اینکه ابزاری پرکاربرد است و یا قابلیت اطمینان بالایی دارد دلیل مناسبی برای استفاده و اعتماد به نتایج آن نیست و یک سنجش روانی کامل به‌گونه بهتری می‌تواند راهنمای متخصصان حوزه سلامت روان باشد. اگر هدف غایی پژوهش‌های علمی کمک به افزایش کاربرد در محیط عملی است بنابراین در اولین گام باید دقت کافی در تشخیص و روش تشخیص‌گذاری در این محیط‌ها مد نظر قرار گرفته شود و در اولویت پژوهشی قرار گیرد. دانستن این نکته که توافق مناسبی بین درمانگر و درمانجو در تشخیص‌گذاری وجود ندارد در نگاه نخست می‌تواند اندکی سردرگمی ایجاد کند و به گفته تورگرسر و همکاران (۱۹۹۰) شاید اختلال واقعی بخشی توسط پرسشنامه‌ها و بخشی با مصاحبه‌ها مشخص می‌شود.

بر کسی پوشیده نیست پرسشنامه میلون-۳ آزمونی قوی برپایه یک نظریه قوی و سازه‌ای محکم بنا نهاده شده است و استفاده از آن در بسیاری از موارد در تشخیص مفید است ولی آیا تنها به این دلیل که این پرسشنامه کاربرد بالایی دارد و پژوهش‌های زیادی درباره آن همواره در حال انجام است دلیل استفاده و همچنین اعتماد کامل به خروجی آن می‌شود؟ و یا اینکه همواره باید توضیح خود سازنده این ابزار را مد نظر داشت که بیان می‌کند در پرسشنامه میلون برخلاف سایر پرسشنامه‌های جامع شخصیت، نمره‌های پایه پایین نشانه نبود آسیب‌شناسی روانی نیست (میلون و بلم، ۲۰۰۸).

صادقی (۱۳۹۷) این پرسشنامه بیشترین توافق را با SCID-II در اختلال شخصیت مرزی نشان داد و در این مطالعه موردی نتایج پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون-۳، حتی برافراشتگی در حد رگه در این اختلال شخصیت را آشکار نساخت و از سویی مصاحبه ساختاریافته SCID-II در مدت زمان کوتاهی به تشخیص رسید. آیا در این مطالعه موردی استفاده از پرسشنامه میلون-۳ ما را به خطا انداخته است و یا واقعا فرهاد دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی نیست؟ و تا چه حد می‌توان روی نتایج آزمون‌ها صحه گذاری کرد. با بررسی بیشتر مشخص شد فرهاد در سال‌های قبل مورد تشخیص‌گذاری توسط متخصص بالینی باتجربه قرار گرفته است و مدتی هم تحت درمان روانشناسی و روان‌پزشکی بوده است و اینها درستی تشخیص از طریق مصاحبه ساختاریافته را نشان می‌دهد. با این توضیحات نبود همخوانی بین روش خودگزارش‌دهی و روش برپایه ارزیابی متخصص بالینی در این مطالعه و قابلیت اعتماد بیشتر مصاحبه ساختاریافته در راستای پژوهش‌های قبلی دیده می‌شود (پری، ۱۹۹۲؛ دیوید سون و همکاران، ۲۰۰۳؛ برادلی و همکاران، ۲۰۰۷؛ ساموئل و همکاران، ۲۰۱۸). چنین اختلافی را در مواردی نظیر نبود آگاهی آزمودنی از مشکلاتش، تمایل به خوب نشان دادن، عدم درک ماده‌های پرسشنامه و بله / خیر بودن ماده‌ها دانسته‌اند، هرچند پرسشنامه میلون-۳ مجهز به معیارهای قابلیت اعتماد است و انتظار می‌رود برخی از موارد یاد شده آشکار شوند (پری، ۱۹۹۲؛ ساموئل و همکاران، ۲۰۱۵). در این مطالعه موردی با جمع‌آوری اطلاعات جامع نکته برجسته دیگری بدست آمد و آن میزان آگاهی و بینش درمانجو از مشکلات خود و همچنین دانش روانشناختی بالای او بود که می‌تواند به چرایی نتایج کمک نماید. فرهاد می‌داند که مشکلاتی دارد و به مدت پنج سال است که دوره‌هایی از درمان را گسسته پشت سر گذاشته است و حتی مصرف داروهای روان‌پزشکی را نیز تجربه کرده است و در مورد مشکل خود مطالعاتی داشته است. شاید آگاهی او از نشانه‌ها و سپس تلاش و تمایل او برای کنترل نشانه‌ها باعث شده او احساس سلامت‌روان داشته باشد و در پاسخ به ماده‌های متنوع پرسشنامه میلون-۳ ناهشیارانه به‌گونه ای پاسخ دهد که هیچ اختلالی را متمایز نکند، در صورتی که در SCID-II بنا به بررسی مستقیم سنگ‌بنای اختلال شخصیت و معیار های اصلی اختلال، مجدد با نگرش به بینش بنیادی درمانجو از

بالینی و مقایسه نتایج آن با پژوهش‌های مشابه، دلایل بنیادی نبود استقبال از مصاحبه‌های ساختاریافته در محیط‌های عملی، بررسی نگرش درمانجویان نسبت به آزمون‌های خودگزارش‌دهی در مقایسه با مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته، بررسی چرایی نبود همخوانی بایسته بین نتایج ابزارهای خودگزارش‌دهی و ابزارهایی که ارزیابی متخصص بالینی مبنای قضاوت قرار می‌گیرد و در نهایت پژوهش‌هایی با نمونه‌گیری هدفمند برای بررسی تأثیر عامل دانش روانشناختی آزمودنی‌ها در قابلیت اعتماد آزمون‌های براساس خودگزارش‌دهی پیشنهاد می‌شود.

منابع

- پورنقاش‌تهرانی، سعید و قلندرزاده، زهرا (۱۳۹۷). بررسی ارتباط بین خشونت‌های خانوادگی و تبعات روانی آن با اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف الکل. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۷ (۶۷)، ۳۴۴-۳۳۷.
- چگینی، مریم؛ دلاور، علی و غرایب، بنفشه (۱۳۹۲). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون - ۳. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۸ (۲۹)، ۱۶۲-۱۳۵.
- سرابی، پیام و صادقی، خیرالله (۱۳۹۷). بررسی میزان توافق آزمون بالینی چندمحوری میلون-۳ با پرسشنامه شخصیتی (SCID-II) در تشخیص اختلالات شخصیت. *رویش روانشناسی*، ۱۰ (۳۱)، ۱۴۶-۱۳۱.
- شرفی، ونداد؛ اسعدی، محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهرپور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم‌شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا و جلالی رودسری، محسن (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای (SCID) DSM-IV. *تازه‌های علوم شناختی*، ۶ (۱ و ۲)، ۲۲-۱۰.
- علی‌نقی، علیرضا؛ حاتمی، محمد و صلواتی، مژگان (۱۳۹۷). اثربخشی رفتار درمانگری دیالکتیک بر رفتارخودکشی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی دارای نشانگان شخصیت مرزی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۷ (۷۱)، ۷۶۳-۷۵۵.
- مارنات، گری گراث (۱۳۸۴). *راهنمای سنجش روانی* (جلد اول). ترجمه پاشاشرفی، حسن و نیکخو، محمدرضا. تهران: رشد.
- محمدخانی، پروانه؛ جهانی‌تابش، عذرا و تمنایی‌فر، شیما (۱۳۸۴). *مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM-IV-TR*. تهران: دانژه.
- Ansell, E. B., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2007). Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline

آیا با روش‌های ساده‌تر، در دسترس‌تر و ارزان‌تر نمی‌توان به نتایج مطمئن تشخیصی رسید؟ این نکته که به چه دلیل یک متخصص بالینی از یک ابزار استفاده می‌کند همواره باید دارای توجیه باشد و دید بالینی و ارزیابی کاملی در تشخیص‌گذاری مورد نیاز است (مارنات، ۱۳۸۴). نتایج این پژوهش با دانستن ماهیت روش‌شناختی قابل تعمیم نمی‌باشد و تنها در نگاه از زاویه‌ای متفاوت به مسئله ارزیابی و تصمیم‌گیری در به‌کارگیری روش‌های سنجش و تصمیم‌گیری در محیط‌های عملی می‌تواند الهام‌بخش باشد. در این پژوهش به هیچ‌عنوان به‌دنبال چالش‌کشیدن ابزارهای سنجش متداول در محیط‌های بالینی نبوده‌ایم و اهمیت روش‌های مختلف سنجش در بررسی همه‌جانبه درمانجویان بر کسی پوشیده نیست با این حال توجه بیشتر به روش‌های مورد اعتماد ساده‌تر و گاهی هم مقرون به صرفه‌تر مانند مصاحبه ساختاریافته در ارزیابی محیط‌های عملی بالینی گاهی نتایج قابل اطمینان‌تری برای متخصصان بالینی می‌تواند به همراه داشته باشد به بیان دیگر می‌توان گفت در تشخیص پیروی از اصل سادگی و دور ماندن از روند تجاری می‌تواند مفید باشد و گردآوری اطلاعات و ارزیابی جامع با استفاده از چند روش مختلف در تشخیص‌گذاری می‌تواند مناسب‌تر، مطمئن‌تر و یا به تعبیری محافظه‌کارانه‌تر باشد. این مطالعه موردی توضیح می‌دهد به‌کارگیری مصاحبه ساختاریافته در محیط‌های عملی می‌تواند کارآمد، مؤثر و سریع باشد همچنین جمع‌آوری اطلاعات از خاستگاه‌های مختلف در بررسی همه‌جانبه قابلیت اطمینان تشخیص را افزایش می‌دهد نکته دیگر لزوم ظرافت بیشتر در ارزیابی درمانجویان با دانش روانشناسی بالا است و نگاه جامع در این موارد راهبردی شایسته‌تر است و در نهایت اهمیت نگرش تخصصی در به‌کارگیری و تفسیر پرسشنامه‌ها را نشان داد.

این پژوهش دارای محدودیت‌های است ماهیت روش‌شناختی این پژوهش بیان می‌دارد نتایج آن قابل تعمیم آماری و تکرار حتی در جامعه آماری مشابه نیست در گردآوری داده‌ها با این روش احتمال تأثیر متقابل پژوهشگر و آزمودنی و سوگیری وجود دارد. نمونه‌گیری در این پژوهش به‌صورت هدفمند و تنها بر روی یک آزمودنی و برای یک اختلال صورت گرفته است و امکان هیچ نتیجه‌گیری در مورد قابلیت اعتماد آزمون‌ها وجود ندارد. در پایان چند پیشنهاد پژوهشی برآمده از این پژوهش بیان می‌شود، بررسی جامع در مورد چگونگی ارزیابی درمانجویان در محیط‌های عملی

- Huang, I. C., Lee, J. L., Ketheeswaran, P., Jones, C. M., Revicki, D. A., & Wu, A. W. (2017). Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. *PloS one*, *12*(3), e0173806.
- Huprich S. K. (2018). Personality Pathology in Primary Care: Ongoing Needs for Detection and Intervention. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *25*(1), 43–54.
- Kawa, S., & Giordano, J. (2012). A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine: PEHM*, *7*, 2.
- Klerman, G. L. (1984). A debate on DSM-III: The advantages of DSM-III. *The American Journal of Psychiatry*, *141*(4), 539–542
- Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Clarke, D. E., Narrow, W. E., & Regier, D. A. (2012). DSM-5: how reliable is reliable enough?. *The American journal of psychiatry*, *169*(1), 13–15.
- Lewis, K. C. (2019). Review of Teenage suicide notes: An ethnography of self-harm [Review of the book *Teenage suicide notes: An ethnography of self-Harm*, by T. Williams]. *Psychoanalytic Psychology*, *36*(1), 108–111.
- McGorry, P., & van Os, J. (2013). Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity. *Lancet (London, England)*, *381*(9863), 343–345.
- Meuldijk, D., McCarthy, A., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2017). The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PloS one*, *12*(3), e0171592.
- Millon, T., & Bloom, C. (Eds.). (2008). *The millon inventories: A practitioner's guide to personalized clinical assessment* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual*. Minneapolis, MN:National computer systems.
- Mombour, W., & Bronisch, T. (1998). The modern assessment of personality disorders. Part 1: definition and typology of personality disorders. *Psychopathology*, *31*(5), 274–280.
- Morey, L. C., Shea, M. T., Markowitz, J. C., Stout, R. L., Hopwood, C. J., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Yen, S., Sanislow, C. A., & Skodol, A. E. (2010). State effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder. *The American journal of psychiatry*, *167*(5), 528–535.
- Mulay, A. L., Waugh, M. H., Fillauer, J. P., Bender, D. S., Bram, A., Cain, N. M., Caligor, E., Forbes, M. K., Goodrich, L. B., Kamphuis, J. H., Keeley, J. W., Krueger, R. F., Kurtz, J. E., Jacobsson, P., Lewis, K. C., Rossi, G., Ridenour, J. M., Roche, M., Sellbom, M., Sharp, C., Skodol, A. E. (2019). Borderline personality disorder diagnosis in a new key. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *6*, 18.
- personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Comprehensive psychiatry*, *48*(4), 329–336.
- Bradley, R., Hilsenroth, M., Guarnaccia, C., & Westen, D. (2007). Relationship between clinician assessment and self-assessment of personality disorders using the SWAP-200 and PAI. *Psychological assessment*, *19*(2), 225–229.
- Chmielewski, M., Clark, L. A., Bagby, R. M., & Watson, D. (2015). Method matters: Understanding diagnostic reliability in DSM-IV and DSM-5. *Journal of abnormal psychology*, *124*(3), 764–769.
- Choca, J. P., & Grossman, S. D. (2015). Evolution of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of personality assessment*, *97*(6), 541–549.
- Choca, J. P., & Van Denburg, E. J. (1997). *Interpretive guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Dadfar, M., Lester, D. (2017). Prevalence of personality disorders and clinical syndromes using the Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III) in an Iranian clinical Sample, *International Journal of Biomedical Engineering and Clinical Science*, *3*(4), 36-47.
- Danielson, M., Månsson, A., Fransson, E., Dalsgaard, S., & Larsson, J. O. (2019). Clinicians' attitudes toward standardized assessment and diagnosis within child and adolescent psychiatry. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *13*, 9.
- Davidson, K. M., Obonsawin, M. C., Seils, M., & Patience, L. (2003). Patient and clinician agreement on personality using the SWAP-200. *Journal of personality disorders*, *17*(3), 208–218.
- Doering S. (2019). Borderline Personality Disorder in Patients With Medical Illness: A Review of Assessment, Prevalence, and Treatment Options. *Psychosomatic medicine*, *81*(7), 584–594.
- Ekselius L. (2018). Personality disorder: a disease in disguise. *Upsala journal of medical sciences*, *123*(4), 194–204.
- First M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1994). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID II)*. Psychiatric Institute.
- First, M. B. (2015). Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1–6.
- Grossman S. D. (2015). Millon's Evolutionary Model of Personality Assessment: A Case for Categorical / Dimensional Prototypes. *Journal of personality assessment*, *97*(5), 436–445.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature reviews. Disease primers*, *4*, 18029.
- Hoff, P., Maatz, A., & Vetter, J. S. (2020). Diagnosis as dialogue: historical and current perspectives. *Dialogues in clinical neuroscience*, *22*(1), 27–35.

- 5 years. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(4), 650–659.
- Samuel, D. B., Suzuki, T., & Griffin, S. A. (2016). Clinicians and clients disagree: Five implications for clinical science. *Journal of abnormal psychology*, 125(7), 1001–1010.
- Samuel, D. B., Suzuki, T., Bucher, M. A., & Griffin, S. A. (2018). The agreement between clients' and their therapists' ratings of personality disorder traits. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(6), 546–555.
- Segal, D. L., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1994). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: an evaluative review. *Comprehensive psychiatry*, 35(4), 316–327.
- Shankman, S. A., Funkhouser, C. J., Klein, D. N., Davila, J., Lerner, D., & Hee, D. (2018). Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). *International journal of methods in psychiatric research*, 27(1), e1590.
- Temes, C. M., & Zanarini, M. C. (2019). Recent developments in psychosocial interventions for borderline personality disorder. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-561.
- Torgersen, S., & Alnaes, R. (1990). The relationship between the MCMI personality scales and DSM-III, axis II. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 698–707.
- Vest, N. A., & Tragesser, S. (2020). Coping motives mediate the relationship between borderline personality features and alcohol, cannabis, and prescription opioid use disorder symptomatology in a substance use disorder treatment sample. *Personality disorders*, 11(3), 230–236.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of personality disorders*, 19(1), 19–29.
- Zimmerman, M., Young, D., Chelminski, I., Dalrymple, K., & Galione, J. N. (2012). Overcoming the problem of diagnostic heterogeneity in applying measurement-based care in clinical practice: the concept of psychiatric vital signs. *Comprehensive psychiatry*, 53(2), 117–124.
- Nelson, S. M., Huprich, S. K., Shankar, S., Sohnleitner, A., & Paggeot, A. V. (2017). A quantitative and qualitative evaluation of trainee opinions of four methods of personality disorder diagnosis. *Personality disorders*, 8(3), 217–227.
- Newson, J. J., Hunter, D., & Thiagarajan, T. C. (2020). The Heterogeneity of Mental Health Assessment. *Frontiers in psychiatry*, 11, 76.
- Osório, F. L., Loureiro, S. R., Hallak, J., Machado-de-Sousa, J. P., Ushirohira, J. M., Baes, C., Apolinario, T. D., Donadon, M. F., Bolsoni, L. M., Guimarães, T., Fracon, V. S., Silva-Rodrigues, A., Pizeta, F. A., Souza, R. M., Sanches, R. F., Dos Santos, R. G., Martin-Santos, R., & Crippa, J. (2019). Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 - Clinician Version (SCID-5-CV). *Psychiatry and clinical neurosciences*, 73(12), 754–760.
- Perkins, A., Ridler, J., Browes, D., Peryer, G., Notley, C., & Hackmann, C. (2018). Experiencing mental health diagnosis: a systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings. *The lancet. Psychiatry*, 5(9), 747–764.
- Perry, J. C. (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *The American journal of psychiatry*, 149(12), 1645–1653.
- Rao, S., Heidari, P., & Broadbear, J. H. (2020). Developments in diagnosis and treatment of people with borderline personality disorder. *Current opinion in psychiatry*, 33(5), 441–446.
- Rearson, K. W., Mercadante, E. J., & Tackett, J. L. (2018). The assessment of personality disorder: methodological, developmental, and contextual considerations. *Current opinion in psychology*, 21, 39–43.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *The American journal of psychiatry*, 170(1), 59–70.
- Riso, L. P., Klein, D. N., Anderson, R. L., & Ouimette, P. C. (2000). A family study of outpatients with borderline personality disorder and no history of mood disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 208–217.
- Samuel, D. B. (2015). A review of the agreement between clinicians' personality disorder diagnoses and those from other methods and sources. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(1), 1–19.
- Samuel, D. B., Sanislow, C. A., Hopwood, C. J., Shea, M. T., Skodol, A. E., Morey, L. C., Ansell, E. B., Markowitz, J. C., Zanarini, M. C., & Grilo, C. M. (2013). Convergent and incremental predictive validity of clinician, self-report, and structured interview diagnoses for personality disorders over