



## بررسی نوع رمزهای MCMII-II در گروهی از اختلالاتی محور یک

بنفشه غزایی\*، عزیزه افخم ابراهیمی\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر به بررسی نوع رمزهای MCMII-II در گروهی از بیماران مراکز روانپزشکی پرداخته است. بدین منظور به ۸۵ بیمار سرپایی و بستری در مراکز روانپزشکی شهید نواب صفوی و شهید اسماعیلی با تشخیص نهایی اسکیزوفرنیا، اختلالاتی خلقی و سوء مصرف مواد، پرسشنامه MCMII-II داده شد. نتایج بررسی نشان داد که می‌توان برای هر یک از اختلالاتی یاد شده رمزهای ویژه‌ای را که مشخصه همان اختلال است در نظر گرفت. به بیان دیگر می‌توان از این پرسشنامه به عنوان یک وسیله کمک تشخیصی برای اختلالاتی محور یک، افزون بر اختلالاتی شخصیتی سود برد.

Andeeshet  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار

۹۲

**کلید واژه: نوع رمز، میلون، MCMII-II، اسکیزوفرنیا، اختلالاتی خلقی، سوء مصرف مواد**

اطلاعات سودمندی را در رابطه با طبقه‌های تشخیصی در بیشتر موقعیتهای روانپزشکی فراهم می‌کند (لیب<sup>(۲)</sup>)، مورای<sup>(۳)</sup>، آلاکون<sup>(۴)</sup>، (۱۹۹۲). به بیان دیگر این ابزار یک پرسشنامه خود گزارش دهی است که برای جمعیت بالینی یا افرادی که مشکلات میان فردی و عاطفی دارند ساخته شده است. پرسشها و مقیاسهای آن بر اساس نظریه شخصیتی میلون در اختلالاتی شخصیتی بوده و شامل اختلالاتی محور او و معیارهای تشخیصی DSM-III-R

نخستین گام در درمان بیماریها تشخیص درست برای برنامه ریزی درمانی مناسب است. در این راستا روانپزشکی و روانشناسی به منظور افزایش میزان دقت در تشخیص، کوششهایی در به کارگیری روشهایی چون نظامهای دقیق طبقه بندی بیماریها و ساخت ابزارهایی برای تشخیص داشته‌اند. یکی از این ابزارها پرسشنامه چند محوری بالینی میلون<sup>(۱)</sup> (MCMII-II) می‌باشد، (میلون، ۱۹۸۳). این پرسشنامه تشخیصی با اجرای ساده،

\* دانشجوی دوره دکتری روانشناسی بالینی، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

\*\* کارشناس ارشد و مربی روانشناسی بالینی، مرکز آموزشی - درمانی روانپزشکی شهید نواب صفوی، تهران، کیلومتر ۶ جاده مخصوص کرج.

1-Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMII-II)

2-Libb

3-Murray

4-Alarcon

می‌باشد (فلین<sup>(۱)</sup> و همکاران، ۱۹۹۵).

از این وسیله به طور گسترده‌ای در تشخیص اختلالهای شخصیتی استفاده شده است ولی هنوز سودمندی آن در تمایزگذاری میان نشانگان بالینی محور یک مورد بررسی می‌باشد. به ویژه زمانی که با آزمونهای با سابقه تری مانند MMPI مقایسه گردد (لیب و همکاران، ۱۹۹۲). با وجود آنکه میلیون (۱۹۸۳) همبستگی ۰/۷۲ را میان مقیاسهای استاندارد MMPI و MCMII به دست آورده است، اما تنها ۳۵ همبستگی از مجموع ۲۶۰ همبستگی بین آزمون، ۰/۵۰ یا بیشتر بوده است (وارد<sup>(۲)</sup>، ۱۹۹۵).

بطور کلی می‌توان گفت تشخیص افتراقی، تعیین میزان اثربخشی مداخله‌های درمانی و طرح ریزی درمانی طولانی مدت برای بیماران بستری، همگی متکی به اطلاعات تشخیصی معتبر می‌باشند. پرسشنامه‌های MMPI و MCMII ابزارهایی هستند که پیوسته برای تحقق این اهداف در موقعیتهای بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرند (لیب، ۱۹۹۲). میزان حساسیت یک پرسشنامه در تشخیص را می‌توان از راه تمایز میان بیماران مختلف و همچنین حساسیت به تغییراتی که در طول زمان بر اثر مداخله‌های درمانی در یک فرد ایجاد می‌شود ارزیابی کرد. پژوهشهای زیادی به بررسی ویژگیهای MCMII و MMPI در جوامع مختلف، اعتبار مقایسه‌ای، توانمندیها و محدودیتهای این دو پرسشنامه در متمایزکردن طبقات گوناگون تشخیصی DSM-III-R پرداخته‌اند (دی ولف<sup>(۳)</sup>، لارسن<sup>(۴)</sup> و ریان<sup>(۵)</sup>، ۱۹۸۵؛ پان کوست<sup>(۶)</sup>، ارچر<sup>(۷)</sup> و گوردن<sup>(۸)</sup>، ۱۹۸۸؛ پیرسما<sup>(۹)</sup>، ۱۹۸۶؛ ویدیگر<sup>(۱۰)</sup>، ویلیامز<sup>(۱۱)</sup>، اسپیتزر<sup>(۱۲)</sup> و فرانسس<sup>(۱۳)</sup>، ۱۹۸۵، به نقل از لیب و همکاران، ۱۹۹۲). همچنین در پژوهشی که توسط پیرسما و همکاران (۱۹۹۱) صورت گرفت از این پرسشنامه به عنوان ابزاری برای ارزیابی میزان بهبودی نشانه‌های بیماری با استفاده از روش پیش آزمون - پس آزمون در اختلال افسرده خویی استفاده شد و نتایج بر

حساسیت این ابزار در نشان دادن بهبودی نشانه‌ها تأکید داشته است.

همانطور که پیشتر گفته شد از MCMII به فراوانی در موقعیتهای بالینی و پژوهشی استفاده شده است، ولی یکی از موضوعهایی که از نظر پژوهشی کمتر به آن توجه شده است رمزهای نمره بالا و نوع رمزهای<sup>(۱۴)</sup> MCMII در مقایسه با MMPI می‌باشد. در رابطه با رمزهای دو نقطه‌ای آن پژوهشهای زیادی انجام شده و از آن بطور موفقیت آمیزی در تفسیر این پرسشنامه بهره گرفته شده است (رتزلاف<sup>(۱۵)</sup>، اوفمن<sup>(۱۶)</sup>، ۱۹۹۴). در رابطه با نیمرخهای مشترک در MCMII تنها دو مقاله منتشر شده دیده شده که هر کدام از آنها با یک دیدگاه چند وجهی و استفاده از تحلیل خوشه‌ای بیشتر به بررسی نوع رمزها در اختلالهای شخصیتی پرداخته‌اند. ولی برای ارتباط میان نوع رمزهای نمره بالا و نشانگان بالینی شدید یافته‌های کلی وجود دارد (رتزلاف، ۱۹۹۴).

در بررسی رتزلاف اشاره شده است که می‌توان در ۱۲٪ از بیماران مبتلا به اختلال شبه جسمی، نوع رمز خود شیفته - وسواسی (5-7)، در ۱۴٪ بیماران مبتلا به اختلالهای دو قطبی نوع رمز خودشیفته - هیستریونیک (4-5)، در ۶۰٪ بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد نوع رمز ضد اجتماعی - منفی گرا (6A-8A)، در ۵۰٪ آنها نوع رمز ضد اجتماعی - دگر آزاری (6A-6B) و در ۵۴٪ رمز ضد اجتماعی - اجتنابی (2-6A) را دید. ظاهراً در مورد اختلال سوء مصرف مواد مقیاس ضد اجتماعی (6A) بیشترین نمرات را دارا بوده است. فلین (۱۹۹۵) نیز در بررسی

1-Flynn	2-Ward
3-Dewolf	4-Larson
5-Ryan	6-Pancost
7-Archer	8-Gordon
9-Piersma	10-Widiger
11-Williams	12-Spitzer
13-Frances	14-code type
15-Retzlaff	16-Ofman

خود اشاره کرده است که ویژگیهای ضد اجتماعی در مردان مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی و اختلالاتی شخصیت مرزی، در شمار زیادی از زنان می‌باره دیده می‌شود.

در بررسی پیکا<sup>(۱)</sup> و همکاران (۱۹۹۰) به نقل از تورلی<sup>(۲)</sup> (۱۹۹۲) بر روی بیماران دوقطبی، اختلال شخصیت هیسترونیک، مرزی، پرخاشگر نافع و ضد اجتماعی به ترتیب در آنان بیشترین فراوانی را داشته‌اند. تورلی و همکاران (۱۹۹۲) نیز نوع رمز خودشیفته - ضد اجتماعی (5-6) را در این افراد گزارش داده‌اند. نبود اختلال شخصیت وسواسی در رمزا و گزارشهای مربوط به اختلالات دو قطبی نظریه اکیسکال<sup>(۳)</sup> را در مورد وجود ویژگی وسواسی بودن به عنوان یک ویژگی شخصیتی مستعد کننده در بروز اختلال دو قطبی زیر سؤال می‌برد (تورلی، ۱۹۹۲).

با توجه به مسائل مطرح شده، پژوهش حاضر به بررسی این مسئله پرداخته است که آیا می‌توان رمزهای نوعی خاصی را برای اختلالاتی محور یک در MCMII-II بدست آورد تا بدین وسیله از این آزمون به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی استفاده نمود.

## روش

این پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی است و به بررسی نوع رمزا و نیمرخ نمرات MCMII-II در گروهی از بیماران روانپزشکی، از جمله اسکیزوفرنیا، اختلالات خلقی و سوء مصرف مواد پرداخته است. علت انتخاب این سه نشانگان فراوانی بیشتر و قطعی تر بودن تشخیص روانپزشکی آنها در مقایسه با سایر نشانگان بوده است. آزمودنیهای پژوهش را ۸۵ نفر از بیماران سرپایی و بستری درمانگاههای بیمارستانهای شهید اسماعیلی و شهید نواب صفوی تشکیل داده‌اند. ۲۰ نفر از این افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا بوده‌اند، ۲۰ نفر سوء مصرف مواد داشته و ۴۵ نفر به اختلالاتی خلقی (۲۰ نفر اختلال افسرده خویی،

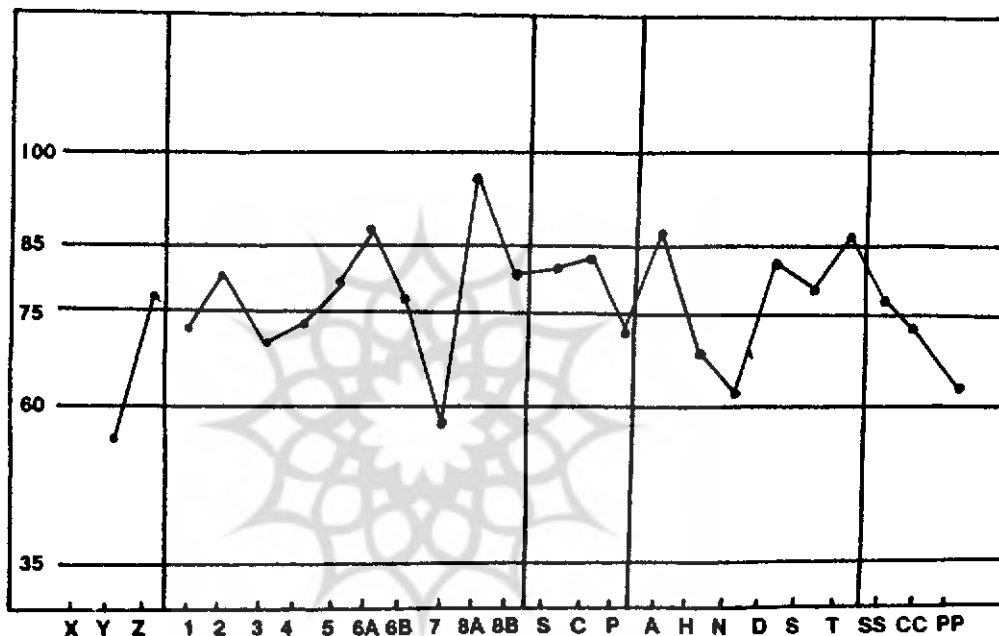
۱۵ نفر افسردگی اساسی و ۱۰ نفر اختلال دو قطبی) مبتلا بوده‌اند. محدوده سنی آنها ۱۸ تا ۴۵ سال بوده و از تاریخ ۷۷/۴/۳۰ به این مراکز مراجعه کرده بودند. ابزار پژوهش عبارت از پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (میلون، ۱۹۸۳) بود، که از ۱۷۵ پرسش درست - نادرست تشکیل شده و شامل سه مقیاس اعتباری، ده مقیاس الگوی شخصیت بالینی، سه مقیاس آسیب شناسی شخصیتی شدید، شش مقیاس نشانگان بالینی و سه مقیاس نشانگان شدید می‌باشد. نخستین هدف ساخت پرسشنامه، تشخیص اختلالاتی شخصیتی بر اساس معیارهای DSM-III-R بوده است. ولی در حال حاضر از آن برای بررسی نشانگان محور یک نیز استفاده می‌شود (لیب و همکاران، ۱۹۹۲). این پرسشنامه در ایران توسط خواجه موگهی (۱۳۷۲) ترجمه و اعتباریابی شده است. ضرایب پایایی مقیاسها از طریق روش همسانی درونی ماده‌ها و روش بازآزمایی محاسبه شده و نتایج به دست آمده نشانگر پایایی خوب و قابل قبول در جمعیت بالینی ایران (۵/۸۵) بوده است. یافته‌های تشخیصی در بیشتر مقیاسها با نظریه شخصیتی میلون که زیربنای ساخت MCMII-II می‌باشد با بررسی اعتباریابی میلون همخوانی داشته است. بمنظور اجرای پژوهش به کلیه آزمودنیهایی که با تشخیص یاد شده از سوی روانپزشک ارجاع داده شده بودند پرسشنامه MCMII-II داده شد و میانگین و انحراف معیار کلیه نمرات در مقیاسهای پنج گانه یاد شده بدست آمد و بدین طریق نیمرخ هر اختلال ترسیم شد.

## یافته‌ها

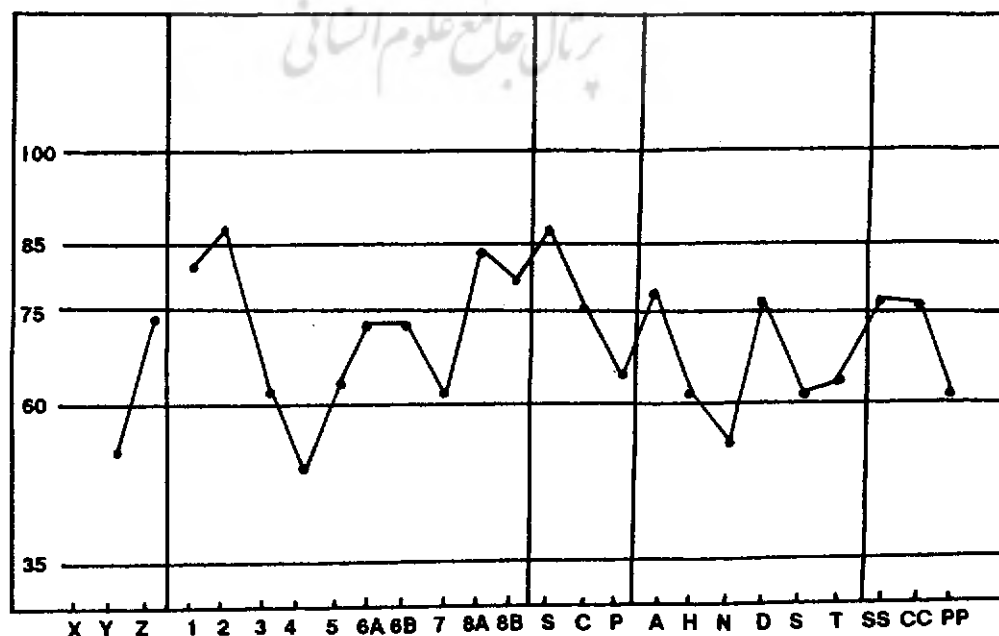
نیمرخ به دست آمده از میانگین نمرات نمونه‌های مورد بررسی با اختلالاتی سوء مصرف مواد، اسکیزوفرنیا، افسردگی اساسی، افسرده خویی و اختلال دو قطبی به

اختلال اسکیزوفرنیا 28A//S//AD//SSCC، برای اختلال  
افسرده خوبی 28A//SC//A، برای افسردگی اساسی  
28B//S//AD//CC و اختلال دو قطبی 56B//P//PP را در  
نظر گرفت.

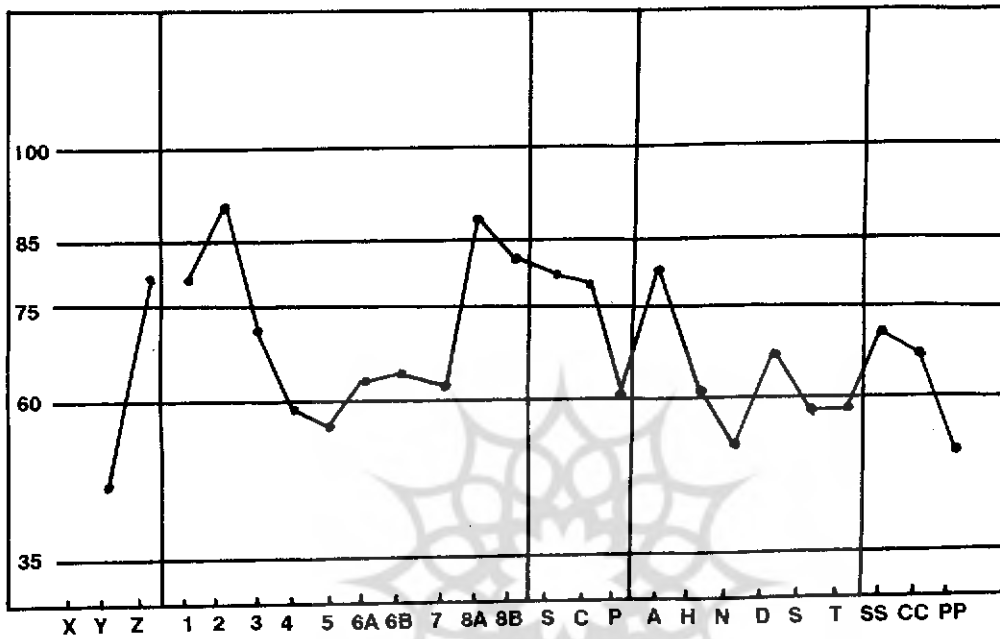
ترتیب در نمودارهای ۴،۳،۲،۱ و ۵ نمایش داده شده  
است. همانطور که مشاهده می شود می توان برای هر یک از  
اختلالها نوع رمز در نظر گرفت؛ برای نمونه می توان برای  
سوء مصرف مواد نوع رمز 6A//SC//ATD 8A برای



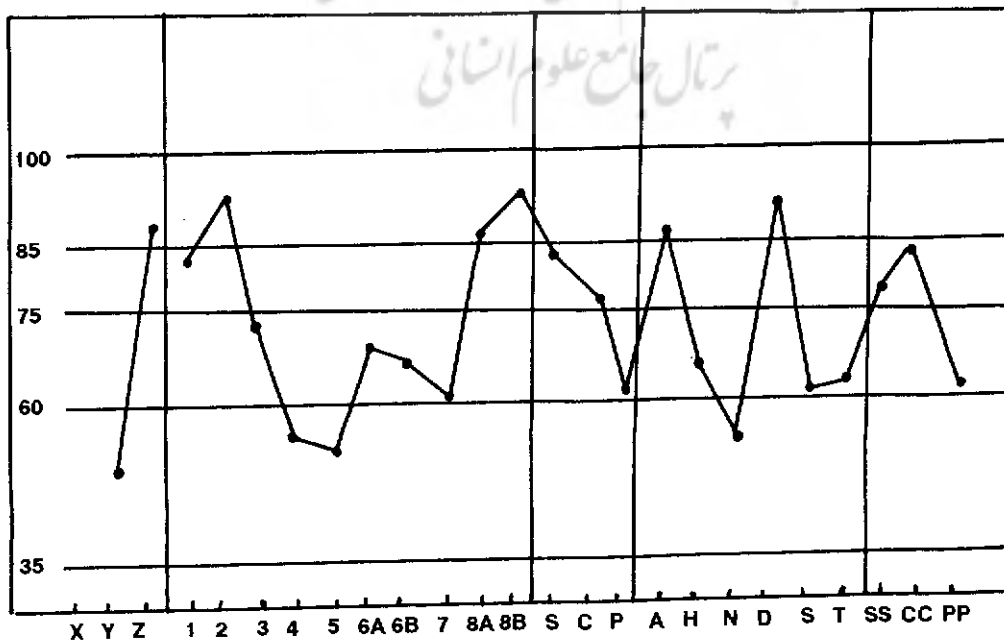
نمودار ۱- نیمرخ میانگین نمرات بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد



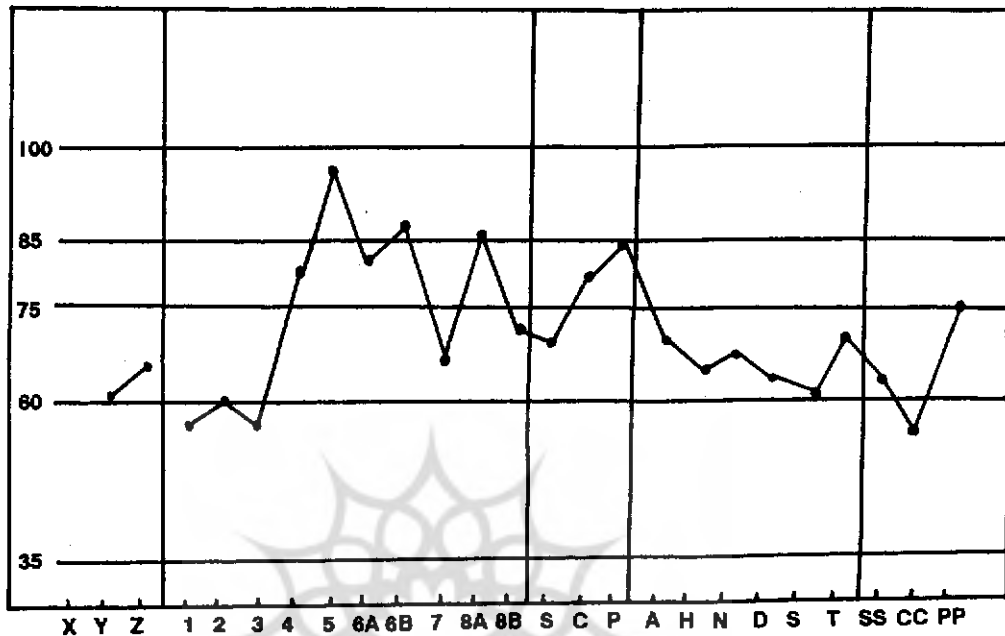
نمودار ۲- نیمرخ میانگین نمرات بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا



نمودار ۳- نیمرخ میانگین نمرات بیماران مبتلا به افسرده خوی



نمودار ۴- نیمرخ میانگین نمرات بیماران مبتلا به افسردگی اساسی



نمودار ۵- نیمرخ میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی

### بحث در یافته‌ها

همانطور که بیان شد پژوهش‌های کمی در مورد گونه‌های رمز MCMII-II در بیماران مبتلا به اختلال محور یک به بررسی پرداخته‌اند. در پژوهشی که توسط رتنزلاف و همکاران (۱۹۹۴) در رابطه با رمزهای نمره بالای نشانگان بالینی صورت گرفت دریافتند که اگر چه می‌توان نیمرخهای مشترک خاصی را برای اختلالات اضطراب، افسرده خوئی و سوء مصرف مواد مطرح کرد ولی افزایش نمرات اضطراب (A) و افسرده خوئی (D) در بیشتر موقعیتهای بالینی دیده می‌شود. در پژوهش حاضر نیز در بخش نشانگان بالینی نوع رمز AD بطور مشترک در اختلال سوء مصرف مواد، اسکیزوفرنیا و افسردگی اساسی دیده شده است.

با توجه به پژوهشهای یاد شده در مقدمه همان طور که دیده می‌شود در بخش الگوی شخصیت بالینی، در پژوهش حاضر نوع رمز 8A-6A برای اختلال سوء مصرف مواد همخوان با یافته رتنزلاف (۱۹۹۴) می‌باشد که رمز 8A-6A را در ۶۰٪ از بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد

گزارش داده است. همچنین در رابطه با اختلال دو قطبی

تورلی (۱۹۹۲)، نوع رمز خودشیفته - ضد اجتماعی (6-5) را در این افراد گزارش داده‌اند که این نیز با نوع رمز بدست آمده در پژوهش حاضر که 5-6A می‌باشد یکسان است.

در پژوهش رتنزلاف (۱۹۹۴) شواهد اندکی برای ارتباط میان نوع رمزهای دارای نمره بالا و نشانگان بالینی شدید دیده شد. ولی بطور کلی اختلالات تفکر پسیکوتیک را می‌توان در ۸٪ افراد با نوع رمز اسکیزوئید اجتنابی (2-1) و افسردگی اساسی را در ۲۱٪ از افراد با نوع رمز اجتنابی - منفی گرا (2-8A) یا اجتنابی خودشکن (2-8B) و بالاخره توهمهای پسیکوتیک را در ۱۱٪ افراد با نوع رمزهای خودشیفته - دگر آزار (5-6B) دید.

لیب (۱۹۹۲) به توان تمایزگذاری MCMII-II در اختلالات عاطفی، اسکیزوفرنیا و سوء مصرف مواد تأکید داشته و حتی در مقایسه با MMPI عنوان نمود که MMPI در تشخیص اسکیزوفرنیا و سوء مصرف مواد، قوی‌تر از اختلالات عاطفی می‌باشد؛ در حالیکه MCMII-II عملکرد یکسانی در هر سه گروه تشخیصی دارد. حتی در برخی از

موارد MCMI-II عملکرد بهتری داشته است که می توان این امر را ناشی از تعداد بیشتر مقیاسها (۲۲ مقیاس در مقابل ۱۳ مقیاس MMPI-II) که در واقع اطلاعات بیشتری را در تحلیل عملکرد تمایزی گرد می آورد و همچنین این موضوع که MCMI-II براساس معیارهای تشخیصی DSM-III-R طرح ریزی شده است دانست. وی نیمرخ بالینی برای اختلالات عاطفی، اسکیزوفرنیا و سوء مصرف مواد را در دو زیرگروه نشانگان بالینی و نشانگان شدید رسم نموده است که با یافته های بررسی حاضر قابل مقایسه می باشند (نمودار ۶). در بررسی لیب و همکاران (۱۹۹۲) رمزگونه های اختلالات اضطراب (A)، افسرده خوئی (D) و افسردگی اساسی (CC) مشخص شده است که این الگو با الگوی افسردگی اساسی در بررسی حاضر هماهنگی داشته است ولی همان طور که ملاحظه می شود در زمینه اختلال افسرده خوئی تفاوت هستند. بنابراین می توان گفت که برای هر یک از اختلالات خلقی باید رمز ویژه ای را در نظر گرفت.

اختلال سوء مصرف مواد در پژوهش لیب (۱۹۹۲) با نوع رمز وابستگی به الکل (B) و وابستگی دارو (T) مشخص می شود. گفتنی است که در پژوهشهای چندی که ویژگیهای روانسنجی مقیاسهای B و T بررسی شده اند، این مقیاسها ثبات نسبی داشته اند و نمره مقیاس T در بیماران مصرف کننده مواد بالا بوده است. مقیاس B نیز در تشخیص بیماران می باره قدرت پیش بینی کننده مثبتی (PPP) نشان داده است (فالس، ۱۹۹۵). شاید بتوان علت پایین بودن نمرات B در پژوهش حاضر را در مقایسه با پژوهش لیب و همکاران (۱۹۹۲) ناشی از شیوع کمتر مصرف الکل و مصرف بیشتر مواد افیونی در ایران دانست. گروه اسکیزوفرنیا در بررسی لیب و همکاران (۱۹۹۲) دارای نوع رمز شبه جسمی (H) اختلالات هذیانی (PP) و اضطراب (A) بوده است که بسا بررسی حاضر (28A/S//ADSSCC) تا اندازه ای مغایر است، اما با رمز نیمرخ ارائه شده توسط میلون مشابهت چشمگیری دارد

(میلون، ۱۹۸۷). افزون بر آن مقیاس اختلال هذیانی (PP) در MCMI-II با ملاکهای اختلال پسیکوتیک در DSM-III-R چندان هماهنگی ندارد و بیشتر افکار بزرگمنشی را می سنجد (مک کان<sup>(۱)</sup>، ۱۹۸۹). این عامل می تواند علت افزایش تعداد منفی های نادرست اختلالات پسیکوتیک به ویژه اسکیزوفرنیا در برخی از پژوهشها باشد. نکته ای که بررسی حاضر را از کار لیب و همکاران (۱۹۹۲) متمایز می کند به کار بردن نیمرخ کامل و کلیه مقیاسها بجای محدود شدن به دو مقیاس بالینی شامل نشانگان بالینی و نشانگان شدید است. در نمودارهای ۱ تا ۵ نیمرخ کامل هر یک از اختلالات رسم شده است. این نمودارها شامل هر چهار بخش پرسشنامه MCMI-II یعنی الگوی شخصیت بالینی، آسیب شناسی شخصیتی شدید، نشانگان بالینی و نشانگان شدید می باشد. همخوانی انواع رمزها در هر یک از بخشهای پرسشنامه با رمزهای ارائه شده توسط بررسیهای یاد شده دلیلی بر اعتبار پژوهش حاضر می باشد. بنابراین شاید بتوان این نمودارها و رمزها را در جهت تشخیص و همچنین تشخیص افتراقی به کار برد. گفتنی است که اشتراک برخی از این رمزها در چندین اختلال که احتمالاً ناشی از عوامل مشترک می باشند ما را در استفاده از این پرسشنامه در جهت تشخیص افتراقی با مشکل روبرو خواهد کرد.

این پژوهش نیز مانند بسیاری از پژوهشها دارای محدودیتهایی می باشد که محدود بودن تعداد نمونه ها، استفاده از نمونه های در دسترس بجای انتخاب تصادفی آنها و احتمال همراه بودن اختلالات روانی دیگر با تشخیص اصلی که می تواند در شکل نیمرخها تاثیر بگذارد از آن جمله است. به طور کلی باید گفت که پژوهش حاضر گام مقدماتی در راستای پژوهشهای همه جانبه تری برای تهیه یک الگوی نوع رمز برای بیماریهای محور یک بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV می باشد.

## منابع

- Millon, T. (1997). The MCMI-II present & future directions. *Journal of Personality Assessment*, 68, 69-85.
- Millon, T. (1987). *Manual for the MCMI-II* Minneapolis National Computer System.
- Piersma, H. L., & Smith, A. Y. (1991). Individual variability in self-reported improvement for depressed psychiatric inpatients on the MCMI-II. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 227-284.
- Retzlaf, P. D., & Ofman, P. (1994) MCMI-II high-point codes: severe personality disorder & clinical syndrome extensions. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 229-234.
- Turley, B., & Bates, J. W. (1992). MCMI-II personality disorders in recent onset bipolar disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 320-329.
- Ward, I. C. (1995). Correspondence of the MMPI & MCMI-II in male substance abusers. *Journal of Personality Assessment*, 64, 390-393.
- خواجه موگهی، ناهید (۱۳۷۲). آماده سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون، MCMI-II در شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- Fals, S. W. (1995). The effect of defensive responding by substance abusing patients on the MCMI. *Journal of Personality Assessment*. 64, 540-551.
- Flynn, P. M., McCann, J. T., & Fairbank, J. A. (1995). Issues the assessment of personality disorder & substance abuse using the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II). *Journal of Clinical Psychology*, 51, 415-420.
- Libb, J. W., Murray, J., & Alarcon, R. D. (1992). Concordance of the MCMI-II, the MMPI, and axis I discharge diagnosis in psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 58, 580-590.
- McCann, J. T. (1989). MMPI personality disorder scales & the MCMI-II. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 365-369.