



همبودی افسردگی و اختلالاتی شخصیت

عزیزه افخم ابراهیمی^۱، دکتر بدری دانش آموز^۲*

چکیده

مقدمه: همبودی مرضی در طبقه بندی روانپزشکی دانشواژه تازه‌ای است که با وجود کاربرد گسترده، اهمیت و مفهوم آن چندان روشن نیست. همپوشی اختلالهای محور اول و دوم در نظام چند محوری DSM و اختلاف نظر در این باره که کدام اختلال به محور اول و کدام به محور دوم تعلق دارند نیز پیچیدگی مفهوم آن را افزایش داده است. پژوهشهایی که الگوهای همبودی را برای یک دامنه از اختلالهای محور اول و دوم بررسی کرده‌اند، نتوانسته‌اند رابطه روشنی میان آنها برقرار کنند و تنها ارتباط اختلالهای شخصیتی خاصی در بیماریهای مزمن به ویژه افسرده خلقی یافت شده است. **هدف:** در پژوهش حاضر بررسی همبودی افسردگی با اختلالهای شخصیت مورد توجه بوده است. **روش:** بدین منظور ۶۹ بیمار بستری و سرپایی دچار افسردگی اساسی یا افسرده خلقی از دو مرکز روانپزشکی به عنوان نمونه انتخاب شدند و به کمک مصاحبه سازمان یافته DSM و آزمون MCMII-II برای تعیین اختلالهای محور اول و دوم ارزیابی قرار گرفتند. **نتیجه:** ارزیابی نشان دهنده همبودی افسردگی و اختلالهای شخصیت پرخاشگر نافع، اسکیزوئید، اجتنابی، ضد اجتماعی و وابسته بود که باستانهای اختلال شخصیت ضد اجتماعی، یک ترکیب رایج در بسیاری از پژوهشها گزارش شده است. از آنجا که درمان نشانگان بالینی در اثر دخالت اختلالهای محور اول پیچیده و دشوار می‌شود، درمانهای مناسب در موارد همپوشی اختلالهای محور اول و دوم مورد نظر قرار گرفت.

Andeesheh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۷۷

کلیدواژه: همبودی مرضی، اختلال خلقی، اختلال شخصیت،

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون، MCMII-II، میلون

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. مرکز آموزشی - درمانی شهید اسماعیلی، تهران، اول خیابان جمالزاده جنوبی.
** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. مرکز آموزشی - درمانی شهید نواب صفوی، تهران، کیلومتر ۶ جاده مخصوص کرج.

همبودی مرضی^(۱) یک اصطلاح تازه در طبقه بندی روانپزشکی است که کاربرد گسترده‌ای پیدا کرده است (کسلر^(۲) و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از تایرر^(۳) و گاندرسن^(۴)، ۱۹۹۷؛ لیونز^(۵)، تایرر، ۱۹۹۷). این اصطلاح معمولاً به اختلالهایی که همزمان با هم وجود داشته و سبب شناسی‌های جداگانه‌ای دارند، مانند اسکیزوفرنیا و دلیریوم سمی دلالت می‌کند. با وجود این اهمیت و مفهوم آن چندان روشن نیست زیرا انواع ارتباطها را در بر می‌گیرد.

در زمینه اختلالهای خلقی، ۴ الگوی ارتباط میان شخصیت و افسردگی، مطرح شده است:

۱- مدل زمینه‌ای یا آسیب پذیری: ویژگیهای شخصیتی مقدم بر افسردگی هستند و فرد را آماده ابتلاء به یک اختلال خلقی می‌نمایند.

۲- مدل پیچیدگی: تغییر شخصیتی در نتیجه یک اختلال خلقی پدید می‌آید.

۳- مدل طیفی: ویژگیهای شخصیتی را می‌توان تظاهرات خفیف‌تر اختلال خلقی دانست.

۴- مدل پاتوپلاستی: شخصیت و خلق مستقل از یکدیگر عمل می‌کنند اما می‌توانند بر یکدیگر تأثیر بگذارند (هیرلین^(۶) و ستاندر^(۷)، ۱۹۹۷؛ چوکا^(۸) و واندنبورگ^(۹)، ۱۹۹۷؛ مالدروجویس، ۱۹۹۴).

البته همبودی مرضی که امروزه بکار می‌رود کمتر شبیه به مفهومی است که نخستین بار توسط فاین استاین^(۱۰) (۱۹۷۰، به نقل از تایرر و گاندرسون، ۱۹۹۷) تشریح گردید و عبارت است از "هر اختلال بالینی مشخص دیگری که وجود داشته باشد و یا طی دوره بیماری معینی که به دلیل آن فرد تحت درمان قرار گرفته پدید آید. ناهماهنگی تشخیصی می‌تواند به شکل چشمگیری در متفاوت بودن یافته‌های پژوهشی گوناگون سهم داشته باشد.

از نظر بالینی نیز ناهمگنی پاسخهای درمانی بیمارانی که ظاهراً به یک گروه تشخیصی تعلق دارند، می‌تواند در

این زمینه دلیلی بر این امر باشد (اولدهام^(۱۱) و اسکودل^(۱۲)، ۱۹۹۲).

در نظام چند محوری DSM با وجود آن که محورهای جداگانه‌ای برای نشانگان بالینی و اختلالهای شخصیت و ملاکهای تشخیصی آنها تشکیل شده است، هنوز درباره اینکه کدام اختلال به محور I و کدام به محور II تعلق دارند، اختلاف نظر وجود دارد.

پژوهشهای اندکی نیز، الگوهای همبودی مرضی را برای شماری از اختلالهای محور I و مجموعه کامل اختلالهای شخصیت محور II بررسی کرده‌اند و پژوهشهای اولیه الگوهای همبودی مرضی محورهای I و II را به کمک اطلاعات پرونده بیمار گزارش داده‌اند (اولدهام و اسکودل، ۱۹۹۵). بیشتر پژوهشهای بالینی بعدی الگوهای هم زمانی نشانگان ویژه محور I و اختلالهای شخصیت را با استفاده از مصاحبه بالینی سازمان یافته بر اساس DSM-III-R (SCID)^(۱۳) بررسی کرده‌اند (جکسون^(۱۴) و همکاران، ۱۹۹۱؛ آلنيس^(۱۵) و تورگرسون^(۱۶)، ۱۹۸۸، به نقل از اولدهام و اسکودل، ۱۹۹۵). نتایج نشان داد که اختلالهای شخصیتی خاصی در بیماران مبتلا به اختلالهای مزمن به ویژه افسرده خلقی^(۱۷) و خلق ادواری^(۱۸) تا اندازه‌ای رایج است که استقلال برخی از این اختلالها را به عنوان ساختارهای تشخیصی مورد تردید قرار می‌دهد.

تایرر و همکاران (۱۹۹۷) شواهد تجربی هم زمانی اختلالهای شخصیت و اختلالهای محور I را بررسی کرده‌اند. آنها اختلالهای محور I را گاهی بطور جداگانه

1-comorbidity	2-Kessler
3-Tyrer	4-Gunderson
5-Lyons	6-Heerlein
7-Santander	8-Choca
9-Vandenburg	10-Feinstein
11-Oldham	12-Skodol
13-Structured Clinical Interview for DSM	
14-Jackson	15-Alnaes
16-Torgerson	17-dysthymia
18-cyclothymia	

بررسی کرده‌اند اما اختلالاتی شخصیت را در گروهها یا در طبقات نشان داده‌اند که تعبیر و تفسیر ارتباطهای محور ۱ با اختلالاتی شخصیت را بطور جداگانه دشوار می‌نماید. بیشتر پژوهشهایی که مصاحبه‌های سازمان یافته را برای ارزیابی محور ۱۱ به کار برده‌اند نشان داده‌اند که دست کم ۵۰٪ یا بیشتر بیماران دچار دو اختلال شخصیتی همزمان یا حتی بیشتر هستند. درجه همپوشی اختلالاتی شخصیتی گوناگون آنقدر زیاد بوده که تجدید نظرهای انجام شده در DSM-IV در راستای ایجاد فرصت برای نمایش عملی بودن رویکرد طبقه‌ای در اختلالاتی شخصیتی بوده است. اما تا بحال هیچ ارزیابی مناسبی برای تحقق این هدف انجام نشده است. پژوهش حاضر به بررسی همبودی افسردگی و اختلالاتی شخصیت می‌پردازد.

این بررسی سه هدف اصلی دارد:

- ۱) تعیین اختلال یا اختلالاتی شخصیت همراه با افسردگی و نمایش نیمرخ شخصیتی افسردگی در MCMII-II.
- ۲) تعیین رمز نوعی افسردگی بر حسب مقیاس‌های شخصیتی و ویژگیهای شخصیتی مشترک این رمز که در نشانه‌شناسی و سبب‌شناسی افسردگی نقش دارند.
- ۳) به کارگیری الگوی همبودی مرضی برای تعیین مناسب‌ترین نوع درمان.

روش

نمونه پژوهش ۷۱ بیمار (۳۷ زن، ۳۴ مرد)، در دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ ساله، بستری یا مراجعین سرپایی به مرکز آموزشی درمانی شهید نواب صفوی و کلینیک ویژه انستیتو روانپزشکی تهران از سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۷ بودند که تشخیص اولیه افسردگی اساسی یا افسرده خلقی دریافت کرده بودند. ملاک اصلی انتخاب آنها تشخیص روانپزشکی افسردگی بود و از نظر دیگر متغیرها همتا نشده بودند. بیماران مراجعه‌کننده به مراکز یاد شده نخست توسط

یک روانپزشک در درمانگاه یا کلینیک مورد مصاحبه روانپزشکی قرار می‌گرفتند و در صورت تشخیص افسردگی و پیش از آغاز درمان دارویی به روانشناس بالینی (نگارنده اول مقاله) ارجاع می‌شدند و به آنها گفته می‌شد که آیا مایل به همکاری در اجرای یک کار پژوهشی بدون ذکر نام هستند یا خیر. در صورت اعلام آمادگی و موافقت و داشتن شرایط لازم در شمار آزمودنیهای پژوهش قرار می‌گرفتند. ارزیابی بیماران بستری نیز بر اساس اطلاعات پرونده و تشخیص روانپزشکی افسردگی بود. پیش از تکمیل پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (MCMII-II)^(۱)، بیماران ارجاعی توسط مصاحبه SCID ارزیابی می‌شدند و بیمارانی که در سطح تشخیص افسردگی اساسی یا افسرده خلقی بودند، انتخاب می‌گردیدند (بیش از ۸۰٪ مصاحبه‌ها و اجرای آزمون توسط نویسندگان مقاله انجام گرفت). MCMII-II یک پرسشنامه ۱۷۵ سؤالی خود گزارشی است که برای استفاده در مورد بیماران روانی ساخته شده است. این پرسشنامه در سایر کشورها نیز به کار رفته و به چندین زبان ترجمه شده است (چوکا، واندنبرگ، ۱۹۹۷). MCMII-II متناسب با معیارهای طبقه‌بندی امروزی ساخته شده و قضاوت متخصصان بالینی بر اساس ملاکهای DSMI-III-R است. نقاط برش و مقیاس‌های مختلف این پرسشنامه امکان قرار گرفتن یا قرار نگرفتن بیماران را در گروههای تشخیصی خاص نشان می‌دهد. هنجاریابی آن در یک نمونه ۱۲۹۲ نفری از بیماران انجام گرفته و برای اعتبار خارجی آن، میلون حساسیت مقیاسها را از ۵۰٪ تا ۷۹٪، ویژگی را از ۹۱٪ تا ۹۹٪، توان پیش‌بینی مثبت را از ۵۸٪ تا ۸۰٪، توان پیش‌بینی منفی را از ۹۳٪ تا ۹۸٪ و توان تشخیصی کلی را از ۸۸٪ تا ۹۹٪ گزارش کرده است (میلون، ۱۹۸۷؛ چوکا و واندنبرگ، ۱۹۹۲).

این پرسشنامه در ایران توسط خواجه موگهی (۱۳۷۳) با ۲۰۰ بیمار و ۷۳ نفر فرد بهنجاریابی شده و اعتبار و روایی آن به دست آمده که با درصدهای گزارش شده توسط میلون هماهنگی دارد.

پس از اجرای آزمون نیمرخ‌های روانی افراد نمونه نخست از نظر اعتبار پاسخ‌ها ارزیابی شدند تا آزمودنی‌هایی که نمره مقیاس خودافشایی^(۱) آنها بیش از ۸۵ باشد از نمونه حذف شوند. این سرند منجر به حذف ۲ نفر گردید. نیمرخ‌های روانی ۶۹ نفر باقیمانده بر پایه روش پیشنهادی میلون (۱۹۹۲) رمزگذاری شدند. یک رمز شامل نمره میزان پایه بیش از ۷۵ است. بنظر میلون این نقطه برش نشان دهنده ویژگیهای اختلال (میلون، ۱۹۸۷) است.

با توجه به اهمیت بیشتر ۸ الگوی شخصیتی اصلی و اجتناب از پر دامنه شدن رمز نوعی تنها رمز الگوهای شخصیتی بالینی در MCMI-II که عبارتند از اختلالهای شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، وابسته، هیستریونیک^(۲)، خودشیفته، ضداجتماعی، پرخاشگر، دیگرآزاری^(۳)، وسواسی و پرخاشگر نافع - خودشکن، استخراج شدند و رمز سایر اختلالهای شخصیت (اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید) در نظر گرفته نشدند. برای تحلیل داده‌ها روشهای آمار توصیفی، ضریب همبستگی و آزمون مجذور خی به کار برده شد.

نخست درصداختلالهای شخصیت همراه با افسردگی در MCMI-II محاسبه شد. سپس ماتریس فراوانی همبودی اختلالهای شخصیت تشکیل گردید و ضرایب همبستگی پیرسون با استفاده از نمرات انحرافی برای تعیین میزان همبستگی هشت اختلال شخصیت بدست آمد و ماتریس آن تشکیل گردید. از آنجا که متفاوت بودن نوع اختلالهای شخصیت همبودادونوع افسردگی (افسرده خلقی، افسردگی اساسی) می‌تواند نتایج درمانی متفاوتی داشته باشد. روش مجذور خی برای مقایسه فراوانی اختلالهای شخصیت در افسردگی اساسی و افسرده خلقی به کار برده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ درصد اختلالهای شخصیت در افسردگی را نشان می‌دهد. همان طور که ملاحظه می‌شود مقیاس پرخاشگر نافع - خودشکن بالاترین درصد (۸۸/۴٪) اختلالهای شخصیت در افسردگی را تشکیل می‌دهد و به دنبال آن به ترتیب اختلالهای شخصیت اجتنابی، اسکیزوئید، ضد اجتماعی و وابسته قرار دارند. در جدول ۲ ماتریس فراوانی اختلالهای شخصیت همبود نشان داده شده است. در این جدول بالاترین همبودی به ترتیب میان اختلالهای شخصیت اجتنابی با پرخاشگر نافع - خودشکن (n=۴۹)، اسکیزوئید با پرخاشگر نافع - خودشکن (n=۳۹) ضد اجتماعی - دیگر آزار با پرخاشگر نافع - خودشکن (n=۳۰) اسکیزوئید با اجتنابی (n=۲۹)، وابسته با پرخاشگر نافع - خودشکن (n=۲۵) و وابسته با اجتنابی (n=۲۴)، بیش از همه به چشم می‌خورد.

جدول ۱- درصد اختلالهای شخصیت در بیماران افسرده مورد بررسی

اختلال شخصیت	تعداد	درصد
پرخاشگر نافع - خودشکن	۶۱	۸۸/۴
اجتنابی	۵۴	۷۸/۲
اسکیزوئید	۳۳	۴۷/۸
ضد اجتماعی - دیگر آزار	۳۲	۴۶/۳
وابسته	۲۸	۴۰/۵
خودشیفته	۱۴	۲۰/۲
وسواسی	۹	۱۳
هیستریونیک	۴	۵/۸

جدول ۳ ماتریس همبستگی اختلالهای شخصیت را نشان می‌دهد. بالاترین درجه همبستگی میان اختلالهای شخصیت اسکیزوئید - ضد اجتماعی - دیگر آزار، اسکیزوئید، اجتنابی، اجتنابی پرخاشگر نافع -

1-self - disclosure 2-histrionic
3-sadistic

جدول ۲- ماتریس فراوانی همبودی اختلالهای شخصیت در بیماران افسرده مورد بررسی (n=۶۹)

اختلال شخصیت	اسکیزوئید	اجتنابی	وابسته	هیستریونیک	خودشیفته	ضداجتماعی	سواسی	پرخاشگرنافعال
اسکیزوئید	-	۲۹	۱۶	۰	۳	۱۲	۲	۳۰
اجتنابی	-	-	۲۴	۳	۶	۲۳	۶	۲۹
وابسته	-	-	-	۲	۱	۳	۷	۲۵
هیستریونیک	-	-	-	-	۲	۱	۰	۴
خودشیفته	-	-	-	-	-	۱۱	۱	۱۳
ضد اجتماعی	-	-	-	-	-	-	۲	۳۰
سواسی	-	-	-	-	-	-	-	۷
پرخاشگرنافعال	-	-	-	-	-	-	-	-

جدول ۳- ماتریس همبستگی اختلالهای شخصیت در بیماران افسرده مورد بررسی (n=۶۹)

اختلال شخصیت	اسکیزوئید	اجتنابی	وابسته	هیستریونیک	خودشیفته	ضداجتماعی	سواسی	پرخاشگرنافعال
اسکیزوئید (n=۳۳)	-	۰/۳۶*	۰/۲۲*	۰	۰	۰/۵۲*	۰	۰/۲۸*
اجتنابی (n=۵۴)	-	-	۰/۲۲*	۰	۰	۰/۰۲	۰	۰/۳۰*
وابسته (n=۲۸)	-	-	-	۰	۰	۰	۰	۰/۰۷
هیستریونیک (n=۴)	-	-	-	-	۰	۰	۰	۰
خودشیفته (n=۱۴)	-	-	-	-	-	۰	۰	۰
ضد اجتماعی (n=۳۲)	-	-	-	-	-	-	۰	۰/۲۲*
سواسی (n=۹)	-	-	-	-	-	-	-	۰
پرخاشگرنافعال (n=۶۱)	-	-	-	-	-	-	-	-

* بیش از ۰/۲۰

افسرده خلقی نشان نداد (جدول ۴). به نظر می‌رسد مقیاس‌های اختلالهای شخصیت در افتراق این دو نوع افسردگی، متمایز از یکدیگر عمل نمی‌کنند.

در جدول ۴ ملاحظه می‌شود که فراوانی و نوع اختلالهای شخصیت در افسردگی اساسی و افسرده خلقی تفاوت معنی‌داری ندارند ($P < ۰/۰۵$) و به نظر می‌سد مقیاسهای اختلال شخصیت در افتراق این دو نوع افسردگی متمایز از یکدیگر عمل نمی‌کنند.

خودشکن، اسکیزوئید - پرخاشگر نافع - خودشکن، اسکیزوئید - وابسته، ضد اجتماعی - دیگر آزار با پرخاشگر نافع - خودشکن و اجتنابی - وابسته است که از نظر آماری معنی دار تلقی می‌شود. (همبستگی‌های بالاتر از ۲۰ در سطح ۰/۰۱ معنی دار تلقی می‌شوند؛ نقل از بلیز^(۱) و مک‌کان^(۲)، ۱۹۹۷). و رمز ۸۲۱۶۳ (پرخاشگر نافع - خودشکن، اجتنابی، اسکیزوئید ضد اجتماعی - دیگر آزار و وابسته) رمز نوعی افسردگی در MCMII را تشکیل می‌دهد.

آزمون آماری مجذور خی تفاوت معنی داری در زمینه فراوانی و نوع اختلالهای شخصیت در افسردگی اساسی و

جدول ۴- مقایسه فراوانی اختلالهای شخصیت در موارد افسردگی اساسی و افسرده خلقی

اسکیزوئید		اجتنابی		وابسته		هیستریونیک		خودشیفته		ضداجتماعی		وسواسی		پرخاشگر نافع	
E	O	E	O	E	O	E	O	E	O	E	O	E	O	E	O
۹	۱۱	۲۰	۲۲/۹	۱۲	۹/۵	۰	۰/۹۵	۸	۵/۲۶	۱۲	۱۱/۵	۲	۲/۳	۲۷	۲۶/۳
۱۴	۱۱/۹	۲۸	۲۵	۸	۱۰/۴	۲	۱	۳	۵/۷	۱۲	۱۲/۵	۳	۴	۲۸	۲۸

افسردگی اساسی

افسرده خلقی

**E=expected (مورد انتظار) *O=observed (مشاهده شده)

بحث در یافته‌ها

و پرخاشگر نافع (رمز ۱ ۲ ۳ ۸) و مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و تنش در "نیمرخ حالت‌های خلقی"^(۸) بدست آورده‌اند، اما همبستگی بین این حالت‌های خلقی و مقیاس‌های هیستریونیک، خود شیفته، ضد اجتماعی و وسواسی (۴ ۵ ۶ ۷) در MCMII-II در جهت منفی بوده است. در بررسی حاضر با آن که همبستگی میان افسردگی و مقیاس‌های ۴، ۵ و ۷ در سطح پایین یا صفر نشان داده شده است، اما هیچکدام از همبستگیها منفی نیست و افزون بر آن مقیاس ۶ (اختلال شخصیت ضد اجتماعی) در میان رمزهای همبود با افسردگی خودنمایی می‌کند که در هیچیک از رمزهای ارائه شده توسط میلون (۱۹۸۷) و کرگ (۱۹۹۳) گزارش نشده است و تنها رتزلاف^(۹) و افمن^(۱۰) (۱۹۹۴) همبودی مقیاس ضد اجتماعی را در ۲۳٪ از موارد افسرده خلقی گزارش داده‌اند. با توجه به فقدان یک معیار دقیق برای ارزیابی شخصیت، دقیقاً نمی‌توان مشخص کرد که تناقض در این یافته به علت ضعف آزمون MCMII-II، مصاحبه‌های سازمان یافته یا تشخیص روانپزشکی است. زمانی که میلون MCMII-II تجدید نظر شده را ساخت، یکی از اهداف اولیه او این بود

یافته‌های بررسی حاضر همراهی مقیاس‌های پرخاشگر نافع، اجتنابی، اسکیزوئید، ضد اجتماعی و وابسته را در افسردگی اساسی و افسرده خلقی نشان می‌دهد. به بیان دیگر بیماران دارای رمز ۸۲۱۶۳ دوره‌های طولانی خلق افسرده یا غمگینی همراه با کناره‌گیری اجتماعی، بدبینی درباره آینده، بیخوابی و سایر نشانه‌های افسردگی را نشان می‌دهند. این افراد نیازهای وابستگی شدیدی دارند، نسبت به طرد شدن بسیار حساس هستند و در صورت برآورده نشدن این نیازها دچار پریشانی هیجانی می‌شوند، خشم آنها برانگیخته شده و این خشم را به صورت غیر مستقیم و پرخاشگری نافع ابراز می‌کنند. این عنصر پرخاشگری نافع در برآمدگی چشمگیر مقیاس پرخاشگر نافع نیمرخ روانی ۸۸٪ از نمونه پژوهش حاضر به چشم می‌خورد. همبودی این عنصر منفی‌گرایانه یا افسردگی به شیوه افسردگی خود مختار^(۱) که توسط بک^(۲) (۱۹۸۳)، به نقل از چوکا، ۱۹۹۲ و (۱۹۹۷) توصیف شده است نیز شباهت دارد. جوفی^(۳) و رگان^(۴) (۱۹۸۹)، به نقل از کرگ^(۵)، (۱۹۹۳)، این رمز نمایی (۱۲۳۸) را در ۲۳ بیمار افسرده‌ای که به ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای پاسخ داده‌اند، بدست آورده‌اند. پشتیبان دیگر داده‌های بالا، یافته‌های مک‌ماهون^(۶) و دیویدسون^(۷) (۱۹۸۵) هستند. آنها همبستگیهای مثبت معنی داری میان مقیاس‌های اسکیزوئید، اجتنابی، وابسته

- 1-autonomous depressive style
- 2-Beck
- 3-Joffe
- 4-Regan
- 5-Craig
- 6-McMahon
- 7-Davidson
- 8-profile of mood states
- 9-Retzlaff
- 10-Ofman

که مقیاسهای اختلالهای شخصیت را از نفوذ سندرم‌های بالینی محور ابرهاند و آنها را به دامنه گسترده‌تری از آسیب شناسی شخصیت حساس نماید، به بیان دیگر اصلاح میزانهای افسردگی و اضطراب در MCMI-II تأثیر نشانه‌های افسردگی را در تشخیص اختلالهای شخصیت مرزی و اجتنابی کاهش داده است (میلون، ۱۹۹۶).

پژوهشهای اندکی که کارآیی تشخیصی مقیاس‌های اختلال شخصیت MCMI-II را ارزیابی کرده‌اند، همبستگی ضعیف تا متوسطی را با مصاحبه‌های سازمان یافته، بدست آورده‌اند و این توافق ضعیف بیشتر زمانی دیده شده که MCMI-II در مرحله حاد یک نشانگان محور I به کار برده شده است. در این شرایط میزان شیوع اختلالهای شخصیت در MCMI-II ۶۰٪ بیش از مصاحبه‌های سازمان یافته، برآورد شده است (رایک^(۱) و نويز^(۲)، ۱۹۸۷، به نقل از مارلو^(۳)، هازبند^(۴)، ۱۹۹۷). اما زمانی که آزمون در یک مرحله حاد اجرا نشده توافق تشخیصی کافی با مصاحبه‌های بالینی داشته است. بنابراین ممکن است MCMI-II بیشتر از مصاحبه‌های سازمان یافته اختلالهای شخصیت را عنوان کرده باشد (مارلو و هازبند، ۱۹۹۷). کولومب^(۵) و فاوا^(۶) (۱۹۹۵) در بررسی خود به تفاوت‌های جنسی در اختلالهای شخصیت اشاره کرده‌اند. آنان یادآور شده‌اند که مردان افسرده به شکل معنی داری بیش از زنان افسرده ملاکهای شخصیت ضد اجتماعی را دارا هستند. اما در بررسی حاضر چنین تمایز گذاری از نظر جنسی انجام نگرفته است تا بالا بودن مقیاس ۶ را توجیه نماید.

با توجه به هدف دیگر بررسی حاضر یعنی تعیین درمان مناسب در موارد همبودی افسردگی و اختلالهای شخصیت و یادآوری عدم تمایز دو نوع افسردگی از نظر فراوانی اختلالهای شخصیت، آمیزه اختلالهای شخصیت پرخاشگر نافع‌ال، اجتنابی، اسکیزوئید، ضد اجتماعی و وابسته در هر دو نوع افسردگی مشکلات بین فردی و رفتاری در این افسراد را بیشتر مطرح می‌کند که

رواندرمانی‌های بین فردی و رفتاری را در اولویت سایر درمانها قرار می‌دهد (پیرسما^(۷)، ۱۹۹۱).

همچنین با توجه به اینکه درمانهای محور I در اثر مداخله اختلالهای محور II پیچیده و دشوار می‌شوند، بنابراین در موارد همبودی عنصر ضد اجتماعی با افسردگی لازم است پیروی از دستورات دارویی ارزیابی شود و روان درمانی مناسب در طرح درمانی اختلالهایی که با یکدیگر همپوشی دارند، گنجانده شود (اوکاشا^(۸) و عمر^(۹)، ۱۹۹۶). پژوهشی که توسط لیف^(۱۰) و ایس^(۱۱) (۱۹۹۱) انجام گرفته نشان داد که افراد افسرده‌ای که نوع رمز ۱۲۳۸ را در MCMI-II به دست می‌آورند، دارای شیوه شناختی غیر منطقی‌تر، بدبین‌تر و احترام به خود کمتر از رمز ۴۵۶۷ هستند و به طور کلی بهداشت روانی ضعیف‌تری دارند.

در نظر گرفتن ترکیب رمز ۱۲۳۸ در افراد افسرده دارای این رمز در مقایسه با افراد فاقد آن در تعیین تمرکز بالینی درمان عقلی عاطفی (نشانه‌های نشانگان بالینی یا اختلالهای شخصیت) و پیش آگهی نتایج درمان، سهم دارد. گفتنی است با آنکه در پژوهش حاضر کوشش شده که احتمال بیش گزارش دهی نشانه‌شناسی افسردگی در افرادی که در مرحله حاد افسردگی اساسی قرار دارند، کنترل شود و این با سرند کردن آنها به واسطه نمره مقیاس خودافشایی تا اندازه‌ای بدست آمده، اما به منظور افزایش روایی نتایج بهتر است آزمون MCMI-II بعد از درمان فعال افسردگی دوباره تکرار شود.

منابع

Blais, M. A., & McCann, J. T. (1997). Toward and

- | | |
|-----------|-----------|
| 1-Reich | 2-Noyes |
| 3-Marlowe | 4-Husband |
| 5-Colomb | 6-Fava |
| 7-Piersma | 8-Okasha |
| 9-Omar | 10-Leaf |
| 11-Ellis | |

empirical/theoretical grouping of the DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 11, 270-278.

Choca, J. P., & Vandenburg, E. (1992). *Interpretive guide to the Millon Clinical Multi-axial Inventory*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Choca, J. P., & Vandenburg, E. (1997). *Interpretive guide to the Millon Clinical Multi-axial Inventory*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Colomb, M., & Fava, M. (1995). Gender differences in personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 579-582.

Craig, R. J. (1993). *Psychological assessment with the Millon Clinical Multi-axial Inventory-II: An Interpretive guide*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.

Heerlein, A., & Santander, J. (1996). Premorbid personality aspects in Mood and schizophrenic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 430-434.

Leaf, R. C., & Ellis, A. (1991). Rationality, self regard and the healthiness of personality disorders. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive - Behaviour Therapy*, 9, 3-18.

Lyons, M. J., & Tyrer, P. (1997). Heuristic Models of co-morbidity of Axis I and Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders* 11, 260-269.

McMahon, R. C., & Davidson, R. S. (1985). An examination of the relationship between personality patterns and symptom/mood patterns. *Journal of Personality Assessment*, 49, 552-556.

Marlowe, D. B., & Husband, S. D. (1997). Structured interview versus self report test vantages for the

assessment of personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 11, 177-190.

Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multi-axial Inventory manual*. Minneapolis MN: National Computer Systems.

Millon, T. (1996). *Disorders of Personality, DSM-IV and beyond* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons Inc.

Mulder, R. T., & Joyce, P. R. (1994). Temperment and early environment influence co-morbidity and personality disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 35., 225-233.

Okasha, A., Omar, A. M. (1996). Co-morbidity of Axis I, Axis II diagnosis in a sample of Egyptian patients with neurotic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 95-101.

Oldham, J. M., & Skodol, A. E. (1992). Diagnosis of DSM-III-R Personality disorders by two structured interviews: patterns of co-morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 213-220.

Oldham, J. M., & Skodol, A. E. (1995). Co-morbidity of Axis I and Axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 571-577.

Piersma, H. L. (1991). The MCMI-II Depression Scales: Do they assist in the differential prediction of depressive disorders. *Journal of Personality Assessment*, 56, 478-486.

Retzlaff, P. D., Ofman, P. (1994). MCMI-II high point codes: Severe personality disorder and clinical syndrome extensions. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 229-234.

Tyrer, P., & Gunderson, J. (1997). Special feature: Extent of co-morbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 242-259.