

## تفاوت‌های MMPI بین بیماران دچار افسردگی، هراس، و افسردگی و هراس توأم - یک روش تحلیلی خوشه‌ای -

Albert s. Carlin , ph.D. ,Peter Roy-Byrne,M.D.,

Deborah s. Cowley ,M.D., And Gabriel,Luciano,B.S.

دانشگاه واشنگتن ، دانشکده پزشکی

همایون مهین

چکیده: پاسخنامه‌های MMPI<sup>۱</sup> ۶۹ آزمودنی مبتلا به اختلالات هراس، افسردگی یا هراس و افسردگی توأم فراهم شد و مورد تحلیل خوشه‌ای قرار گرفت. چهار خوشه به دست آمد. احتمال تعلق به هر خوشه و تعیین به خوشه خاص با تشخیص‌ها ارتباط داشتند. پاسخنامه‌های MMPI آنهایی که مبتلا به هراس یا افسردگی خالص بودند به احتمال زیاد بیش از کسانی که با هر دو اختلال هراس و افسردگی مشخص می‌گردیدند، به یکی از چهار خوشه تعلق یافتند. بیماران دارای افسردگی به احتمال زیاد در خوشه‌ای قرار گرفتند که به وسیله برجستگی‌هایی بر مقیاس ۲ و ۷ مشخص بودند، در حالی که بیماران دارای هراس با احتمال زیاد در خوشه‌ای قرار گرفتند که به وسیله برجستگی‌هایی بر مقیاس ۱ و ۳ مشخص می‌شدند. پاسخنامه‌های MMPI آنهایی که با هر دو اختلال هراس و افسردگی معرفی شدند، بسیار نامتجانس بود. اما در مقیاس‌های بالینی دارای نمرات بیش از ۷۰ بودند، که نشانی از اختلال بیشتر است. این یافته‌ها مشخص می‌کنند که گروه‌های افتراقی تشخیصی در وابستگی‌های روانی و هم در مجموعه علائم متفاوتند.

1- Minnesota Multiphasic personality Inventory.

شخصیت سنج چند وجهی منیه سوتا

## روش

ارتباط بین هراس و اختلالات افسردگی اصلی در طی دهه گذشته شدیداً پی گیری شده است. مطالعات بی شماری نشان داده اند که این دو اختلال نیمرخهای علامتی همپوشی دارند (Lesser, ۱۹۸۸)، غنايش بعضی مشابهت ها در آزمونهای بیولوژیکی (۱۹۸۵، RoyByrne & Uhde)، و جواب به داروهای مشابه (Sheehan, Ballenger & Jacobson, ۱۹۸۰). به هر صورت، مواردی از نتایج متفاوت در آزمایشهای بیولوژیکی (Roy-Byrne & Uhde, ۱۹۸۵) و تفاوتی در علامت شناسی (Schapira, Roth, ۱۹۷۲، Kerr, & Gurney, ۱۹۸۳)، تاریخچه روانی فامیلی (۱۹۸۳، Leckman, Werssman, Mevikangas, Pauls, Prusoff & Weissman, ۱۹۸۰)، دوره بیماری (Noyes, Clancy, Hoenk, & Slymen, ۱۹۸۲)، و پاسخ درمانی (Nurnberg & Coccaro, ۱۹۸۲)، موجود است.

بررسیهای کاملاً جدید پیشنهاد می کنند که بیماران مبتلا به هر دو اختلال ممکن است متفاوت از کسانی باشند که مبتلا به یکی از اختلالاتند. گرونهاوس<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) نشان داده است بیمارانی که به طور همزمان مبتلا به اختلال هراس با اختلال افسردگی بزرگند. به طور کلی شدت بیماری شان بیشتر از بیمارانی است که مبتلا به اختلال افسردگی بزرگند. گواهی بر این ادعا، مقاومت بیشتر در درمان، ناتوانی زیاد عملکردی در طول بیماری، شدت بیشتر علامتی، و تفاوتی در

دوره کلینکی است. لکمن<sup>۲</sup> و دیگران (۱۹۸۳) نشان داده اند که این گروه استعداد بیماری روانی فامیلی بیشتری برای اختلالات نگرانی و افسردگی دارند تا گروههای دیگر به تنهایی. بالاخره بریر<sup>۳</sup>، چارلی<sup>۴</sup>، هنینجر (۱۹۸۴) نشان دادند که بیماران اختلال هراسی باتاریخچه قبلی یا فعلی از اختلال افسردگی بزرگ، دارای شدت بیشتر علامتی، ناتوانی زیاد عملکردی، و حملات شدید و مکرر هراس در مقایسه با بیماران اختلال هراس بدون چنین تاریخچه ایند.

در زمینه آزمایش تفاوتیهای موجود در خصوصیات روانی بین گروههای بیمار با تشخیص اختلال هراس، افسردگی، و هراس و افسردگی توأم به وسیله مصاحبه تشخیصی DSM-III<sup>۶</sup> نسبتاً کار کمتری انجام شده است. پاسخنامه های MMPI اندازه گیری چند متغیره مفیدی از انواع خصوصیات روانی مختلف فراهم می کند. تحقیق اخیر وابستگیهای MMPI را با اختلال هراس و اختلالات اضطرابی دیگر آزموده است (Bordon, Clum & Broyles, ۱۹۸۹). این مؤلفین دریافتند که اختلال هراس با نمرات مقیاس L، HS، بالاتر توأم بوده اند. گزارش ایشان مبتنی بر آزمونهای چندگانه T بر اساس نمرات خام بود. بوچر<sup>۷</sup> و تلگین<sup>۸</sup> (۱۹۷۸) و گرین<sup>۹</sup> (۱۹۸۸) خاطر نشان کرده اند که اشکالات موجود در تفسیر معنی دار بودن (هم آماری و هم کلینکی) تحلیل ها، مبتنی بر تفاوتیهای میانگین هاست. زیرا معنی دار بودن کلینکی ممکن است نسبت به نیمرخ میانگین باشد که احتمالاً به توزیع

1- Grunhaus  
2- Leckman et al.  
3- Breire  
4- Charney  
5- Heninger

6- DSM III  
7- Butcher  
8- Tellegin  
9- Greene

شد. به علاوه، به علت نتایج بررسی شده قبلی، بیمارانی که از هراس و افسردگی رنج می‌برند، «پریشان‌تر» از کسانی که تنها از یکی از آنها در رنجند، انتظار براین است که آن گروه در مقیاس کلینکی T نمره بیشتر از ۷۰ داشته باشد.

## روش

### آزمودنی‌ها

آزمودنی‌های این بررسی از سرهای متوالی بیمارانی که برای ارزیابی به مرکز نگرانی و افسردگی دانشگاه واشنگتن (UWCAD<sup>13</sup>) مراجعه کردند، انتخاب شدند. آزمودنی‌ها با ملاک‌های اختلال هراس ( $n=21$ )، اختلال افسردگی بزرگ، تیپ تک قطبی ( $n=26$ )، یا اختلال هراس با افسردگی ثانوی ( $n=22$ ) سنجیده شدند و آنهایی که مطابق ملاک برای هر اختلال دیگر محوری (برای مثال، الکل یا مواد مخدر، اختلال اجبار و وسواس، اختلال خوردن، و غیره) یا هر نوع رژیم دارویی که احتمال کمک به علائم (برای مثال، اختلال تیروئید) نبودند، برای این بررسی انتخاب شدند.

### شیوه عمل

به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد کامل شده در UWCAD، تشخیص هر دو محور I و II بر اساس DSM-III و مصاحبه SCID بنا نهاده شده بود (اسپیتزر، ویلیام، ندیکوت و گیبون<sup>14</sup> ۱۹۸۷). مصاحبه‌گرها کارکنان بهداشت روانی بودند که برای مصاحبه کردن آموزش دیده بودند. تشخیص‌ها به وسیله دومین مصاحبه نیمه سازمان یافته که توسط هیئت‌های

واقعی نیمرخهای درون گروه منعکس نمی‌شود (بوچر، تلگین، ۱۹۷۸، گرین ۱۹۸۸).

بودن، کلام، و برویلس<sup>۱۰</sup> (۱۹۸۹) نه تنها اقدام به نیمرخهای میانگین کردند، بلکه تنها برای مقیاس HS تفاوتها را پیش‌بینی نمودند. این پیش‌بینی‌ها بر ارائه کلینکی بیماران مبتلا به هراس مبتنی بودند. روش آنها، با وجود محتاطانه بودن، احتمالاً باعث حذف اطلاعات مفید درباره خصوصیات دیگر خرده تیپ‌های تشخیصی آنها بود. روش دیگری که احتمالاً نیمرخهای معنی‌دار بودن کلینکی را به دست می‌دهد، به وسیله تحلیل‌های خوشه‌ای از نیمرخهای MMPI فراهم شد. تحلیل‌های خوشه‌ای، یک روش اکتشافی است، با وجود اینکه بر اساس تئوری محکم آماری بنا نشده، اما می‌توان از یک سری اطلاعات چند متغیره به دست آمده برای تصمیم‌گیری‌های مفید کلینکی یا خرده تیپ‌های نظری از این روش استفاده کرد (موریس، بلاشفیلد و ساتز<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۱). روش چند متغیره پیوستگی نسبی گروههای متجانس را امکان‌پذیر می‌سازد. با وجود این هر خوشه باید به صورت یک نیمرخ میانگین ارائه شود، به احتمال خیلی زیاد نیمرخ‌های استنتاج شده، خرده گروهها را متجانس‌تر و مشخص‌تر از میانگین کل گروه (پروکوپ<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۸) نشان می‌دهند.

اگر گروههای تشخیص در یک سری خصوصیات روانی پیچیده از همدیگر متفاوت باشند، باید علاوه بر تفاوتهای مقیاسی در عضویت خوشه خود نیز متفاوت باشند. از این رو پیدایش خوشه‌های معنی‌دار با عضویت خوشه افتراقی توسط سه گروه تشخیصی توأم خواهند

10- Bordon, clum & Broyles

11- Morris, Blashfield & Satz

12- prokop

13- University of Washington Center for Anxiety and Depression

14- Spitzer, Willam, Endicott, & Gibbon

روانپزشکان انجام گرفت، مورد تأیید قرار گرفتند. هیچ عدم توافقی بین تشخیص اختلالات و بیماریانی که در این بررسی بودند، موجود نبود.

## نتایج

سن متوسط برای گروههای افسرده، وحشت زده، و گروههای هراس و افسرده توأم، به ترتیب ۴۱، ۳۴، و ۳۸ سال بود. این تفاوتها از لحاظ آماری معنی دار نبودند ( $F(2,66) = 2/45$ ،  $P < 0/10$ ). افراد این نمونه دارای تحصیلات عالی بودند. اکثریت آزمودنیها دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند. ۳۲ درصد کالج را تمام کرده بودند یا درجه فوق را داشتند. تقریباً ۷۴ درصد نمونه، مؤنث بودند. گروههای سه گانه تشخیص در تحصیلات و جنسیت متفاوت نبودند. ( $X^2(N=69) = 0/20$ ،  $P = 0/90$ )، ( $X^2(6, N=69) = 621$ ،  $P = 0/40$ ).

در تلاش جهت ایجاد روندی ترکیبی برای MMPI و جهت اجتناب از بررسی آن، تنها به صورت مجموعه‌ای از نمرات آزمون مستقل، تحلیل خوشه‌ای به عنوان روش آزمایشی پاسخنامه‌های MMPI سه گروه تشخیصی به کار برده شد. تحلیل خوشه‌ای مرتبه‌ای (Spss/Pc+) بر روی پاسخنامه‌های MMPI که به وسیله این آزمودنیها فراهم شده بود، انجام شد (نوروس<sup>۱۵</sup>، ۱۹۸۶). این دسته‌بندی مبتنی بر پیوستگی متوسط بین گروهها بود و مجذور فواصل او کلیدن<sup>۱۶</sup> به عنوان فاصله اندازه‌گیری مورد استفاده واقع شده بود. سه مقیاس اعتبار و نه مقیاس از ده مقیاس کلینکی (Mf مستثنی بود) در تحلیل خوشه‌ای مورد

توجه قرار گرفت. راه حل‌ها برای خوشه‌های ۱۲ تا ۵ مطلوب بودند. چهار گروه با بیشترین تعداد آزمودنی از یک راه حل نه -خوشه‌ای استخراج شدند و به عنوان خوشه‌های مورد توجه که کاملترین سری خوشه‌ها را ارائه می‌دادند، تعیین گردیدند. این چهار خوشه شامل ۵۰ آزمودنی از ۶۹ آزمودنی بودند. خوشه‌هایی که با برجسب ۱ الی ۴ مشخص شدند، شامل ۱۳، ۱۷، ۱۰، و ۱۰ مورد بودند. ۱۹ نیمرخ باقی مانده کاملاً متفاوت بود، به طوری که هیچ خوشه دیگر بیش از شش بیمار نداشت. نیمرخ‌هایی که توأم با هر خوشه بودند، در شکل ۱ نمایش داده شده است. پاسخنامه‌های MMPI بیماران مبتلا به افسردگی و هراس در هر خوشه نسبت به بیماران مبتلا به هراس یا افسردگی به تنهایی، خیلی کمتر بود. اعضای خوشه برای مبتلایان به هراس و افسردگی توأم ۵۴/۵ درصد، برای مبتلایان به هراس ۹۰/۵ درصد، و برای گروه افسرده ۷۳ درصد بود. ( $P = 0/03$ ،  $P = 6/95$ ،  $N=50$ )،  $X^2(2$ ,

عضویت در مقوله تشخیصی با عضویت در خوشه مرتبط بود. کای اسکور رابطه بین عضویت تشخیصی و خوشه‌ای را در رسیدن به معنی‌دار بودن آزمود  $X^2(6, N=50) = 16/99$ ؛  $P < 0/09$ . پایانی آماره مجذور خی به وسیله تعداد زیادی از خانه‌ها که فراوانی نظری آنها کمتر از ۵ بود، کاهش پیدا کرد. همان طوری که در جدول شماره ۱ می‌توان دید، بیش از نصف بیماران افسرده استخراج شده از پاسخنامه‌های MMPI در خوشه ۲ قرار دارند. این خوشه به وسیله برجستگیهای معنی‌دار در مقیاسهای ۲ و ۷ مشخص

شده است. خوشه ۳، که می‌توان آن را با برجستگی‌های اصلی در مقیاس‌های ۱ و ۳ معین کرد، حاوی تعداد زیادی از بیماران با تشخیص هراس است. بیماران با هراس و افسردگی به طور یکسان بین سه خوشه از چهار خوشه پراکنده‌اند. هیچ بیماری با اختلال هراس و افسردگی در خوشه شماره ۳ قرار نگرفت. عضویت خوشه براساس جنسیت بیمار نبود. ( $X^2(3, N=50) = 3/88, P=0/27$ ).

شکل ۱ - دسته نمرات MMPI,T برای بیماران مبتلا به افسردگی، هراس، و هراس و افسردگی توأم.

### جدول شماره ۱

#### تشخیص‌ها و عضویت خوشه‌ای MMPI

عضویت خوشه‌ای				تشخیص‌ها
۴	۳	۲	۱	
۱	۲	۶	۱	افسردگی
۴	۸	۳	۴	هراس
۵	.	۴	۳	هراس و افسردگی

برای آزمودن رابطه آسیب‌شناسی روانی با عضویت گروه تشخیصی، شماری از مقیاس‌های کلینکی، به استثنای MF، با نمرات بیشتر از ۷۰ به کار بسته شد. تعدادی از مقیاس‌ها با نمرات بیشتر از ۷۰ به طور معناداری متفاوت بودند ( $P < 0/001$ ). ( $F(2/53) = 38/23$ ). یک آزمون دیگر به نام Student-Newman-keuls آشکار ساخت که گروه مبتلا به هراس و افسردگی توأم دارای نمرات بالاتر از ۷۰ نسبت به گروه‌های مبتلا به افسردگی و یا هراس به تنهایی بودند (۵/۵۹، ۳/۸۱، و ۳/۴۳ به ترتیب). مردان و زنان با نمرات T بیشتر از ۷۰ در میانگین تعداد مقیاس‌های کلینکی متفاوت نبودند

برای آزمودن رابطه آسیب‌شناسی روانی با عضویت گروه تشخیصی، شماری از مقیاس‌های کلینکی، به استثنای MF، با نمرات بیشتر از ۷۰ به کار بسته شد. تعدادی از مقیاس‌ها با نمرات بیشتر از ۷۰ به طور معناداری متفاوت بودند ( $P < 0/001$ ). ( $F(2/53) = 38/23$ ). یک آزمون دیگر به نام

$$= -/۷۳, P = ۰/۴۶, \text{ به ترتیب, } ۴/۳۹ \text{ و } ۳/۸۹) \\ (T (۶۷).$$

### بحث

تحلیل خوشه‌ای پاسخنامه‌های MMPI، چهار خرده تیپ مشخص از پاسخنامه‌های MMPI را بین بیماران تعیین کرد که این‌ها مستقل از تشخیص افسردگی، هراس، و هراس و افسردگی توأم بودند. این چهار خوشه شامل اکثریت بیماران بود. پاسخنامه‌های MMPI بیمارانی که تشخیص داده شده بود که از افسردگی رنج می‌برند، به احتمال زیاد در خوشه دوم پیدا شد - دسته‌ای از پاسخنامه‌های MMPI که خصوصیات اصلی آنها برجستگی‌ها و ترکیبی از افسردگی و نگرانی است. بیمارانی که تشخیص داده شده بود از هراس در رنجند، به احتمال زیاد دارای پاسخنامه‌هایی بودند که به خوشه سوم تعلق داشتند؛ گروهی که برجستگی‌های اصلی و ترکیبی آنها با وابستگی‌های جسمی قبلی، با اتکای زیاد بر سرکوبی و کمتر بر نگرانی مشخص می‌شود. این ناراحتی‌های جسمی قبلی مبتنی است بر تنوری شناختی کلارک<sup>۱۷</sup> از هراس که در آن فرض بر این است که افراد مبتلا به هراس دارای تعبیرهای فاجعه‌آمیزی از احساسهای جسمی خودند (کلارک ۱۹۸۸). خوشه دیگری که با تشخیص خاصی توأم نبود، شامل یک سری از پاسخنامه‌های MMPI بود که در حدود طبیعی قرار داشتند. توجه این گروه بندی تا اندازه‌ای مشکل است، اما احتمالاً مجموعه‌ای از خطاها هنگام آزمایش را ارائه می‌دهد. یعنی اشکالاتی در گسزینش.

مغشوش‌ترین گروه از پاسخنامه‌های MMPI خوشه چهارم بود، اما در این گروه هم تشخیص‌ها یکسان توزیع شده بودند. بیماران با علائم توأم هراس و افسردگی به صورت گروهی بسیار نامتجانس ظاهر شدند. پاسخنامه‌های MMPI آنها به احتمال خیلی کم به خوشه مربوطه تعلق داشت. در تمام بیماران، افسردگی مقدم نبود، بلکه بعداً یا به طور همزمان مانند علائم هراس به وجود آمده بود. با وجود نامتجانس بودن افراد این گروه، پاسخنامه‌های MMPI آنها در مقایسه با آنهایی که تنها مبتلا به افسردگی یا هراس بودند، تعداد زیادی از مقیاس‌های کلینکی MMPI را که در سطح معنی‌دار بالینی قرار داشتند، به وجود آوردند. نمرات بالاتر از ۷۰ مقیاسها، یافته‌های قبلی توسط دیگران را تأیید می‌کند، بدین معنی، بیماران مبتلا به هر دو هراس و افسردگی پریشان‌تر از بیمارانیند که تنها مبتلا به یکی از اختلالات می‌باشند. هر چند هراس اولین علامتی بود که در همه این بیماران به وجود می‌آمد. اما هیچ کدام از آنها در خوشه «هراس» قرار نگرفتند. این یافته‌ها مشخص می‌کنند، آنهایی که با معیار تشخیصی مبتلا به افسردگی و هراسند، احتمالاً باید از یک اختلال متفاوت و شدیدتر از مجموع دو سری علائم در عذاب باشند.

دسته بندی و نتیجه‌گیری پاسخنامه‌های MMPI برای این نمونه نسبتاً کم جمعیت و حتی گروههای کوچکتر مسئله‌ساز است، پایایی این خوشه‌ها می‌تواند از طریق سعی در تکرار این خرده تیپ‌ها تعیین شود. بیشتر خرده تیپ‌ها به وجود آمدند، اندازه نمونه مورد توجه قرار نگرفت و در نتیجه قدرت آماری کاهش پیدا کرد.

واری اعتبار این یافته‌ها لازم است. به هر صورت، این یافته‌ها پیشنهاد می‌کنند که توجه به عوامل ادبی مانند تکیه بر سرکوب و انکار به عنوان دفاع اصلی، همراه با فقدان ارتباط بینشی در مسائل روانی مربوطه، و ناراحتی جسمی قبلی، ممکن است در روشن‌سازی تفاوت‌های بین هراس و افسردگی مؤثر باشند.

این داده‌ها قویاً اشاره بر این دارد که افسردگی تک‌قطبی و هراس دارای ماهیت مشخص است به طوری که می‌توان از یک مجموعه رفتار، بینش‌های چند بعدی، و علائمی که به وسیله MMPI اندازه‌گیری می‌شود، آنها را متمایز ساخت. یافته‌های قبلی به وسیله دیگران مبنی بر این که بیماران مبتلا به هراس و افسردگی، توأم، پریشان‌ترند، با این بررسی نیز مورد تأیید قرار گرفت.

مهم‌تر این که، کسانی که مبتلا به هراس و افسردگی توأم بودند، در مقایسه با آنها یکی که فقط یکی از این ناراحتی‌ها را داشتند، گروه ناهمگن‌تری را به وجود آوردند.