



تأثیر اختلالات شخصیت بر نتیجه درمان دارویی بیماران وسواسی - جبری

دکتر کاظم ملکوتی^{۱*}، دکتر فریدون مهربانی^{۲*}، دکتر جعفر بوالهروی^{۳*}، محبوبه دادفر^{۴*}

چکیده

هدف: در پژوهش حاضر اثر همبودی اختلالات شخصیت با بیماری وسواسی - جبری بر درمان دارویی مبتلایان به این بیماری مورد بررسی قرار گرفته است. **روش:** این پژوهش با طرحی نیمه آزمایشی ۳۰ آزمودنی مبتلا به بیماری وسواسی - جبری را با استفاده از نمونه در دسترس انتخاب و در دو گروه (۱۵ نفر دارای اختلال‌های شخصیت و ۱۵ نفر بدون اختلالات شخصیت) به مدت ۳ ماه با فلوکستین تحت درمان قرار داده است. ابزارهای مورد استفاده شامل فرم مشخصات جمعیت شناختی، مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون، مقیاس وسواسی - جبری یل براون و پرسشنامه بالینی چند محوری میلون - ۲ بوده است. آزمودنیها از نظر سایر متغیرهای مؤثر بر پیامد درمانی مانند جنس، طول مدت و سن شروع بیماری با یکدیگر همگن بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روشهای آماری آزمون t و مجذور خی انجام گرفته است. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که: (۱) تفاوتی در شدت وسواس پس از درمان میان دو گروه دارای اختلالات شخصیت و بدون اختلالات شخصیت وجود ندارد و درمان دارویی در هر دو گروه به طرز معنی داری باعث کاهش شدت وسواس گردیده است. (۲) تفاوت، معنی داری در شدت وسواس میان دو گروه پیش از درمان وجود نداشت.

کلید واژه: اختلال وسواسی - جبری، اختلالات شخصیت، همبودی، درمان

- ## روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان آزادی، خیابان جمالزاده جنوبی، مرکز آموزشی درمانی شهیداسماعیلی
- ## ## روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
- ## ## روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
- ## ## ## کارشناس ارشد روانشناسی بالینی. تهران، خیابان آزادی، خیابان جمالزاده جنوبی، مرکز آموزشی درمانی شهیداسماعیلی

مقدمه

در طبقه‌بندی، سبب‌شناسی، تشخیص، پیش‌آگهی و درمان بیماریها، همبودی^(۱) از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (مریکانگاس^(۲)، انگست^(۳) و ایتون^(۴)، ۱۹۹۶). همبودی اختلالهای شخصیت در بیماران وسواسی - جبری بسیار بررسی شده است. (کوئینگ‌برگ^(۵)، کاپلان^(۶)، گیل‌مور^(۷) و کوپر^(۸) ۱۹۸۵؛ زیمرمن^(۹) و کوریل^(۱۰)، ۱۹۸۹؛ مایساکالیان^(۱۱)، همن^(۱۲) و جونز^(۱۳)، ۱۹۹۰a؛ ساندرسون^(۱۴)، وتزلر^(۱۵)، بک^(۱۶) و بتز^(۱۷)، ۱۹۹۴؛ اولدهام^(۱۸)، اسکودال^(۱۹)، کلمن^(۲۰)، هایلر^(۲۱)، دویدج^(۲۲)، روزنیک^(۲۳) و گالاهر^(۲۴)، ۱۹۹۵؛ کرینو^(۲۵) و آندریوس^(۲۶)، ۱۹۹۶؛ دادفر، ۱۳۷۶). براساس نتایج پژوهش‌های انجام شده شیوع همبودی اختلالهای شخصیت در دامنهٔ بین ۲۴ تا ۹۱/۷ درصد قرار دارد.

بلک^(۲۷) (۱۹۷۴)، به نقل از زتین^(۲۸) و کرامر^(۲۹)، ۱۹۹۲) با بازنگری بررسیهای پیشین، پیش‌آگهی خوب بیماران وسواسی را با عواملی چون ۱- فقدان اختلال شخصیت پیش از بیماری ۲- سیر دوره‌ای ۳- وجود عوامل، زمینه‌ساز ۴- کوتاه بودن طول مدت بیماری مربوط دانسته و پیش‌آگهی بد را با عواملی مانند ۱- اختلال شخصیت پیش از بیماری ۲- نشانه‌های شدید وسواس ۳- مجرد بودن ۴- داشتن نشانه‌های نوروتیک در دوران کودکی، دارای ارتباط معرفی کرده‌اند.

ابوکون^(۳۰) و مالاستا^(۳۱) (۱۹۹۴) در بررسی خود بر روی ۳۱ بیمار وسواسی گزارش دادند که بیماران دارای اختلالهای شخصیت در مقایسه با بیماران بدون اختلال شخصیت به رفتاردرمانی جامع، پاسخ متوسط و به دارودرمانی پاسخ ضعیف دادند.

راویسزا^(۳۲) و همکاران (۱۹۹۵) در بررسی شاخص‌های پاسخ به درمان دارویی در ۵۳ بیمار وسواسی گزارش دادند که پس از ۶ ماه ۳۱ نفر (۵۸/۵٪) به درمان پاسخ مثبت دادند. پاسخ ضعیف به درمان دارویی در یک

رگسیون چند متغیری، با عواملی چون اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، وجود اجبارها، طولانی بودن مدت بیماری، پایین بودن سن شروع بیماری و سابقه بستری همراه بوده است.

برخی بررسیها از نظر بالینی برای بیماران وسواسی - جبری که دارای اختلالهای شخصیت نیز می‌باشند ویژگیهایی را یادآور شده‌اند که آنان را از بیماران وسواسی - جبری بدون اختلالهای شخصیت جدا می‌کند. این ویژگیها شامل موارد زیر می‌باشند:

- ۱- وجود نشانه‌های شدید و سیر مزمن بیماری،
- ۲- عملکرد اجتماعی ضعیف (اسکودال^(۳۳) و همکاران، ۱۹۹۵)،
- ۳- مقاوم بودن به درمان،
- ۴- قطع زودرس درمان،
- ۵- نیاز به بستری شدن،
- ۶- داشتن مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف‌تر (ابوکون و مالاستا، ۱۹۹۴)،
- ۷- همکاری کمتر با رفتاردرمان‌گران،
- ۸- وجود انگیزه کم برای تغییر و
- ۹- انعطاف ناپذیری و رفتارهای غیرانطباقی (دریسن^(۳۴)، آرتنز^(۳۵)، لوتلز^(۳۶) و سالرتز^(۳۷)، ۱۹۹۴).

بدین ترتیب وجود اختلالهای شخصیت می‌تواند باعث تغییر تصویر بالینی بیماری وسواس و نیز تغییر در

1-comorbidity	2-Merikangas
3-Angst	4-Eaton
5-Koenigsberg	6-Kaplan
7-Gilmore	8-Cooper
9-Zimmerman	10-Coryell
11-Mavissakalian	12-Hamann
13-Jones	14-Sanderson
15-Wetzler	16-Beck
17-Betz	18-Oldham
19-Skodol	20-Kellman
21-Hyler	22-Doidge
23-Rosnick	24-Gallaher
25-Crino	26-Andrews
27-Black	28-Zetin
29-Kramer	30-Aubuchon
31-Malatesta	32-Ravizza
33-Skodol	34-Dressen
35-Arntz	36-Luttels
37-Sallaerts	

پاسخ به درمان دارویی و غیردارویی این بیماری گردد. برخی از پژوهشگران همبودی اختلالهای شخصیت با بیماری وسواسی - جبری را با پیش‌آگهی ضعیف در درمان وسواس پیش‌بینی می‌کنند (ریچ^(۱) و واسیل^(۲)، ۱۹۹۳) در حالیکه بر پایه برخی پژوهشها چنین نتیجه‌ای را نمی‌توان برای رفتار درمانی قابل تعمیم دانست (استکتی^(۳)، ۱۹۹۰ به نقل از استکتی، ۱۹۹۳). برخی دیگر از بررسیها از اهمیت پیش‌بینی‌کننده اختلالهای شخصیت در درمان بیماری وسواس حمایت نمی‌کنند (ماویساکالیان و همکاران، ۱۹۹۰؛ درین و همکاران، ۱۹۹۴). این پژوهش با کنترل برخی از متغیرهای موثر بر پیامد درمانی کوشیده است، اثر اختلالهای شخصیت را بر پاسخ درمان دارویی بیماران وسواسی - جبری در شرایط فرهنگی و اجتماعی شهر تهران مورد بررسی قرار دهد.

روش

این پژوهش به روش نیمه آزمایشی انجام گرفته است. جامعه مورد بررسی را کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری مراجعه‌کننده به درمانگاه شهیداسماعیلی و مطب‌های خصوصی پژوهشگران پژوهش حاضر تشکیل داده‌اند. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس بوده است. متغیرهای زمینه‌ای شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، وضعیت تحصیلی، طول مدت و سن شروع بیماری بود. متغیرهای مداخله‌گر شامل اختلال افسردگی شدید، اختلال پس‌یکوز، اختلال توره، وابستگی دارویی، بیماری صرع و سندرم روانی - عضوی، سبب کنار گذاشتن افراد از بررسی شده است.

در طول مدت اجرای پژوهش از کلیه بیماران وسواسی - جبری مراجعه‌کننده به مراکز یاد شده (۷۶ نفر)، ۳۰ نفر دارای معیارهای لازم برای شرکت در پژوهش بودند، که در دو گروه ۱۵ نفری بیماران وسواسی - جبری همراه با اختلالهای شخصیت و بدون اختلالهای

شخصیت جای گرفتند. ابزارهای سنجش شامل تشخیص قطعی روانپزشک، مصاحبه غیر سازمان یافته، فرم ویژگیهای جمعیت شناختی، مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون^(۴)، مقیاس وسواسی جبری ییل براون^(۵)، پرسشنامه بالینی چند محوری میلون - ۲^(۶) بود. برای تشخیص بیماری از مصاحبه غیر سازمان یافته برطبق ملاک‌های تشخیصی DSM-IV استفاده شد. فرم مشخصات جمعیت شناختی برای گردآوری اطلاعات جمعیت شناختی: سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیل و شغل، طول مدت بیماری و سن شروع آن و سابقه خانوادگی تنظیم گردید. مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون (۱۷ سؤالی) برای ارزیابی شدت افسردگی بکار گرفته شد. این مقیاس را هامیلتون در سال ۱۹۶۰ معرفی نمود و در سال ۱۹۶۷ مورد تجدید نظر قرار گرفت. در سال ۱۳۶۵ دکتر مهریار و موسوی نسب این پرسشنامه را به فارسی ترجمه و برای استفاده آماده نمودند. در برخی بررسیها نقطه برش ۱۶ برای این مقیاس در نظر گرفته شده است. در بررسیهای پیشین توسط هامیلتون پایایی آن از طریق ضریب همبستگی بین ارزیابی از ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. اعتبار مقیاس از طریق همبستگی با سایر ابزارها از ۰/۶۰ تا ۰/۸۴ و اعتبار سنجش درونی از ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ بوده است. غرابی، مهریار و مهرابی (۱۳۷۹) ضریب پایایی این مقیاس را با مقیاس درجه بندی اضطراب هامیلتون با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۵ و ۰/۸۹ گزارش نمودند. ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک و این مقیاس توسط تونزده جانی و عبدالهیان (۱۳۷۳) ۰/۶۵ گزارش شده است. مقیاس وسواسی جبری ییل - براون (گودمن^(۷)،

- | | |
|---|----------|
| 1-Reich | 2-Vasile |
| 3-Stekette | |
| 4-Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) | |
| 5-Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS) | |
| 6-Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II) | |
| 7-Goodman | |

۱۹۸۶) برای اندازه‌گیری شدت وسواس به کار گرفته شد و نقطه برش مقیاس، ۱۷ به بالا در نظر گرفته شد. پایایی همسانی درونی، در سطح قابل قبول تا خوب و در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. محمد خانی (۱۳۷۲) و دادفر (۱۳۷۶) به روش بازآزمایی به فاصله دو هفته همبستگی ۰/۸۴ برای آن گزارش نمودند. محمد خانی اعتبار آنرا از طریق اعتبار محتوا توسط چند روانشناس بالینی تعیین نمود. دادفر (۱۳۷۶) اعتبار همگرا را با پرسشنامه وسواسی - جبری مادسلی^(۱) ۰/۷۸ گزارش نمود. پرسشنامه چند محوری بالینی میلون - ۲ برای تعیین اختلالات شخصیت بکار گرفته شد. در این پژوهش از فرم استاندارد شده آن (خواجه موگهی، ۱۳۷۲) استفاده گردید. نمره ۷۵ و بالاتر برای تعیین اختلالات شخصیت در نظر گرفته شد. میلون (۱۹۸۷) پایایی آزمون را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ و خواجه موگهی (۱۳۷۲) پایایی آزمون را به روش همسانی درونی ۰/۶۹ تا ۰/۹۲ و از طریق بازآزمایی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ گزارش نمود. نتایج اعتبار یابی تشخیصی در برشهای مقیاس فردی با اختلالات شخصیتی و بالینی بر روی بیماران مبتلا به اختلالات روانی، در حد بالایی گزارش شده است.

پس از معاینه و بررسی بیماران توسط روانپزشک و با داشتن شرایط زیر به روانشناس معرفی شدند:

- ۱- داشتن حداقل ۱۸ سال سن و ۸ کلاس سواد
- ۲- نداشتن بیماری توره، صرع، نشانگان عضوی مغزی، اعتیاد، پسیکوز، افسردگی شدید. سپس آزمودنیها فرم مشخصات جمعیت شناختی، مقیاسهای درجه بندی افسردگی هامیلتون، پرسشنامه وسواسی - جبری یل - براون و پرسشنامه چند محوری بالینی میلون-۲ را تکمیل کردند. آزمودنیهایی که در مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون نمره برابر یا بالاتر از ۱۶ را دریافت نمودند به علت شدید بودن افسردگی از پژوهش کنار گذاشته شدند. برحسب نتیجه پرسشنامه بالینی چند محوری میلون-۲ آزمودنیها در یکی از دو گروه مبتلا به اختلالات شخصیت

و بدون اختلال شخصیت قرار داده شدند. نمونه‌گیری تا انتخاب ۱۵ بیمار وسواسی در هر یک از دو گروه ادامه یافت. هر یک از آزمودنیها ۳ ماه تحت درمان با داروی فلوکستین قرار داده شده و هر ۳ تا ۴ هفته یکبار برای تنظیم مقدار دارو ویزیت گردیدند. پس از پایان سه ماه دوباره مقیاس وسواسی - جبری یل - براون و پرسشنامه بالینی چند محوری میلون-۲ برای هریک از آزمودنیها انجام گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک روشهای آماری آزمون t و مجذور خی انجام گرفت.

یافته‌ها

از ۷۶ بیمار مبتلا به بیماری وسواسی - جبری که روانپزشکان آنها را معاینه و انتخاب نمودند، ۹ نفر به علت اعتبار نداشتن پرسشنامه بالینی چند محوری میلون-۲ و ۸ نفر به علت نمره بالای مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون از پژوهش کنار گذاشته شدند. ۲۹ آزمودنی نیز در پایان مرحله اول و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها برای ادامه درمان مراجعه نمودند. اطلاعات مربوط به ۳۰ آزمودنی باقیمانده (۱۵ نفر در هر گروه) استخراج و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

دامنه سنی آزمودنیها ۶۵-۱۸ سال با میانگین ۳۰ سال، دامنه سنی شروع بیماری ۵۵-۷ سال با میانگین ۲۰ سال و دامنه مدت بیماری ۳۲-۱ سال با میانگین ۹ سال بوده است. برای کلیه بیماران فلوکستین تجویز گردید به طوری که در پایان ۳ ماه سه نفر ۸۰ میلی‌گرم، ۲۰ نفر ۶۰ میلی‌گرم و ۷ نفر ۴۰ میلی‌گرم روزانه مصرف می‌کردند. علت عدم افزایش مقدار دارو در کلیه آزمودنیها پاسخ نسبتاً مناسب درمانی به مقدار داروی مصرفی بوده است که پس از گذشت ۱/۵ ماه از شروع دارو مشاهده گردید. برای برخی از آزمودنیها که در هفته‌های اول درمان اضطراب بالا و یا مشکل بی‌خوابی داشتند از کلونازپام به مقدار ۱-۰/۵ میلی‌گرم در روز استفاده شد.

جدول ۱ مشخصات جمعیت شناختی آزمودنیها را نشان می‌دهد.

نظر به اینکه برخی ویژگیهای جمعیت شناختی مانند جنس، طول مدت بیماری و سن شروع آن می‌تواند بر پیامد درمان مؤثر باشد، از این رو آزمودنیهای دو گروه از نظر متغیرهای یاد شده مقایسه شدند. در گروه بدون اختلال شخصیت ۴ مرد و ۱۱ زن و در گروه مقابل ۵ مرد و ۱۰ آزمودنی زن وجود داشتند. مقایسه تعداد افراد بر حسب جنس، در دو گروه توسط آزمون χ^2 دو تفاوت معنی داری نشان نداد.

میانگین طول مدت بیماری در گروه بدون اختلال شخصیت ۷ سال و در گروه مقابل ۱۰/۸ سال بود. مقایسه آنها توسط آزمون χ^2 تفاوت معنی داری نشان نداد.

میانگین سن شروع بیماری در گروه بدون اختلال شخصیت ۳۱/۹ سال و در گروه دیگر ۲۸/۴ بود که مقایسه آنها توسط آزمون χ^2 تفاوت معنی داری نشان نداد. بدین ترتیب آزمودنیهای دو گروه از نظر سایر متغیرهای مؤثر بر درمان همگن بودند.

فرضیه اول، مبنی بر اینکه وجود اختلالهای شخصیت بر درمان دارویی بیماران وسواسی - جبری، تأثیر منفی دارد تأیید نشد.

مقایسه نمره YBOCS در گروه بدون اختلالهای شخصیت پیش و بعد از درمان تفاوت معنی داری نشان می‌دهد که در جدول ۲ آورده شده است.

مقایسه نمره YBOCS در گروه با اختلالهای شخصیت پیش و پس از درمان نیز تفاوت معنی داری نشان می‌دهد که در جدول ۳ آورده شده است.

مقایسه نمره YBOCS در گروه مبتلا به اختلالهای شخصیت و بدون اختلالهای شخصیت، پس از درمان، تفاوت معنی داری را نشان نداد. بنابراین گرچه درمان دارویی در هر دو گروه بطور معنی داری مؤثر بوده ولی بین دو گروه پس از درمان تفاوت معنی دار دیده نشده است.

فرضیه دوم مبنی بر اینکه شدت وسواس در دو گروه بیماران وسواسی - جبری همراه با اختلالهای شخصیت تفاوت دارد نیز تأیید نشد.

مقایسه نمره YBOCS در دو گروه بیماران وسواسی - جبری همراه با اختلالهای شخصیت و یا بدون آن پیش از درمان به کمک آزمون χ^2 تفاوت معنی داری را نشان نداد. از این رو می‌توان گفت همبودی اختلالهای شخصیت باعث تشدید علائم وسواسی - جبری نگردیده است.

از مجموع ۵۹ آزمودنی (۳۰ آزمودنی تا پایان اجرای پژوهش به همکاری خود ادامه دادند و ۲۹ آزمودنی پس از ارزیابی اولیه و تعیین اختلالهای شخصیت برای ادامه

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی آزمودنیها

عوامل جمعیتی	تعداد	درصد
جنس		
مذکر	۹	۳۰
مؤنث	۲۱	۷۰
وضعیت تأهل		
مجرد	۱۲	۴۰
متاهل	۱۸	۶۰
وضعیت شغلی		
شاغل	۱۳	۴۳/۳
خانه دار	۹	۳۰
بیکار	۸	۲۶/۷
وضعیت تحصیلی		
متوسطه	۷	۲۳/۴
دیپلمه	۱۳	۴۳/۳
دانشگاهی	۱۰	۳۳/۳
سابقه خانوادگی		
مثبت	۱۵	۵۰
منفی	۱۳	۴۳/۳
بدون پاسخ	۲	۶/۷

جدول ۲- مقایسه نمره YBOCS در بیماران وسواسی - جبری بدون اختلال شخصیت پیش و پس از درمان n=۱۵

گروه	میانگین	انحراف معیار	t	df	سطح معنی داری
بیماران وسواسی-جبری بدون اختلالهای شخصیت	پیش از درمان ۲۸	پس از درمان ۱۷/۹۳	۴/۹۲	۷/۶۸	۵/۲۹
				۱۴	۰/۰۰۱

جدول ۳- مقایسه نمره YBOCS در بیماران وسواسی - جبری با اختلالهای شخصیت پیش از درمان و پس از آن n=۱۵

گروه	میانگین	انحراف معیار	t	df	سطح معنی داری
بیماران وسواسی-جبری با اختلالهای شخصیت	پیش از درمان ۲۸/۱۳	پس از درمان ۱۷/۴	۵/۳۳	۸/۶۳	۰/۴۳۵
				۱۴	۰/۰۰۱

در بررسی پیشینه پژوهش تنها یک بررسی (ابوکون و مالانتستا، ۱۹۹۴) اثر کلی اختلالهای شخصیت را بر درمان وسواس مقایسه نموده و دریافته اند که رفتار درمانی اثر متوسط و دارودرمانی اثر ضعیف بر درمان وسواس داشته است. فالس - استیوارت^(۱) و همکاران (۱۹۹۳)، به نقل از ریچ و واسیل (۱۹۹۳) نشان دادند بیمارانی که اختلال شخصیت نداشتند پاسخ بهتری به دارودرمانی دادند. سایر بررسیها اثر هر یک از اختلالهای شخصیت را بر درمان وسواس بررسی نموده اند. اختلالهایی مانند شخصیت مرزی، اسکیزوتایپی و منفعل - مهاجم بر پیامد درمان اثر منفی داشته است (بائر^(۲) و همکاران، ۱۹۹۰؛ استکتی و همکاران، ۱۹۹۰ به نقل از استکتی، ۱۹۹۳؛ اورلف^(۳) و همکاران، ۱۹۹۴؛ جنیک^(۴) و همکاران، ۱۹۸۶؛ هرمش^(۵) و همکاران، ۱۹۸۷) و برخی فقط برای شخصیت اسکیزوتایپی اثر منفی قائل بوده اند (راویزا و همکاران، ۱۹۹۵). نتایج برخی بررسیها اثر اختلالهایی مانند شخصیت وابسته، اجتنابی و وسواسی را (استکتی، ۱۹۹۰ به نقل از براون^(۶) و همکاران، ۱۹۹۵؛ استکتی،

درمان مراجعه نمودند) ۳۲/۸٪ (۲۵ نفر) دارای اختلال شخصیت بودند. ۹۲٪ (۲۳ نفر) آنان به یک نوع، ۴٪ (۱ نفر) به دو نوع و ۴٪ (۱ نفر) به سه نوع اختلال شخصیت مبتلا بودند. شایعترین گروه اختلالهای شخصیت از گروه C و به ترتیب شامل شخصیت جبری (۳۵٪) و وابسته (۱۴٪) بودند. از گروه A شایعترین اختلالهای شخصیت، شخصیت پارانوئید بود. اختلالهای شخصیت گروه B کمترین میزان شیوع را داشت.

بحث

فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه وجود اختلالهای شخصیت بر درمان دارویی بیماران وسواسی - جبری تأثیر منفی دارد، تأیید نشد. کاهش ۴۰٪ از شدت وسواس پس از ۳ ماه درمان در هر دو گروه (با و بدون اختلالهای شخصیت) و وجود تفاوت معنی دار میان نمره های پیش از درمان و پس از آن در شدت وسواس ($P < ۰/۰۰۱$) و نیز نبود تفاوت معنی دار در شدت وسواس پس از درمان میان دو گروه، نشان دهنده آن است که در این پژوهش همبندی اختلالهای شخصیت اثر منفی بر درمان دارویی وسواس نداشته است.

1-Fals-Stewart
3-Orloff
5-Hermesh

2-Baer
4-Jenike
6-Brown

۱۹۹۳؛ راباویلاس^(۱) و همکاران، ۱۹۷۹؛ فالس - استیوارت و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از ریچ و واسیل، ۱۹۹۳) بر درمان دارویی و رفتاری و سواس مثبت گزارش کرده‌اند. درباره اثر شخصیت اجتنابی بر درمان نتایج متناقضی گزارش شده است. برخی اثر آن را بر درمان و سواس مثبت (استکتی، ۱۹۹۳) و برخی دیگر منفی (بائر و همکاران، ۱۹۹۰) گزارش نموده‌اند.

در این پژوهش، تأثیر نداشتن اختلال شخصیت بر پیامدهای درمانی می‌تواند به علت تفاوت در روش نمونه‌گیری و حجم کم نمونه باشد.

توضیح محتمل‌تر برای ناهمخوانی بین بررسی حاضر با سایر بررسیها می‌تواند ناشی از روشهای ارزیابی و ابزارهای به کار برده شده برای تشخیص اختلالهای شخصیت باشد.

تبیین دیگر برای این یافته می‌تواند این باشد که در پژوهش حاضر اختلالهای شخصیت اسکیزوتایپی و مرزی در نمونه وارد نشده است، همچنین پرسشنامه‌های خودسنجی به واسطه وضعیت حاد بیمار سوگیری دارند از سوی دیگر تشخیص‌های MCMII وابسته به حالت هستند و نمی‌توانند خود را به وضعیت پیش مرضی محدود کنند. بنابراین پاسخ دهنده ممکن است در تعیین علامت شناسی محور یک و ویژگیهای محور دو دچار گیجی شود، به ویژه اگر اختلال محور یک را به مدت طولانی داشته باشد. همچنین این ابزار تشخیص قطعی نمی‌دهد و به عنوان یک ابزار سرنده به کار می‌رود.

روش تحلیل داده‌ها نیز یکی از دلایل ناهمخوانی بین یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهشهای پیشین است.

نبود اختلال شخصیت مرزی در نمونه ما نیز همخوان با بررسی جفی^(۲) و همکاران (۱۹۸۸) و ناهمخوان با بررسی هرمنش و همکاران (۱۹۸۷) رودریجوس^(۳) و دل‌پورتو^(۴) (۱۹۹۵) می‌باشد که در نمونه‌های خود درصد شیوع این اختلال را بالا گزارش نمودند. توضیح و تبیین این تفاوت ممکن است ناشی از تفاوت در معیارهای

تشخیصی برای اختلال شخصیت مرزی، و ترکیبی باشد. نبود سایر تشخیص‌ها مانند اسکیزوتایپی در این بررسی می‌تواند ناشی از تفاوت میان روش‌های بکار برده شده برای تشخیص این اختلال، یا سوگیری در الگوهای ارجاع برای درمان باشد.

از آنجا که طیف گسترده‌ای از بیماران خود ارجاع بودند، بنابراین ممکن است جمعیتی از بیماران دارای اختلال وسواسی - جبری با شدت کمتر بیماری، در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته باشند.

نبود اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در پژوهش حاضر نیز ممکن است ناشی از خارج ساختن دو ملاک " انزوای اجتماعی " و " سرد بودن " از ملاکهای تشخیصی اسکیزوتایپی در DSM-III-R و انتقال آن به اختلال شخصیت اسکیزوئید باشد که نشان می‌دهد این اختلال به طیف «پسیکوتیک» نزدیکتر است تا طیف «نوروتیک». وجود این جنبه بالینی در اختلال وسواسی - جبری، نشان دهنده زیر گروه بالینی شدیدتری از اختلال وسواسی - جبری است.

نبود تفاوت معنی‌دار در نمره پرسشنامه یل براون میان دو گروه پیش از درمان می‌تواند گویای آن باشد که اختلالهای شخصیت (صرف نظر از نوع آن) باعث تشدید علائم وسواسی نمی‌گردد.

بلک (۱۹۷۴)؛ به نقل از روزن^(۵) و تالیس^(۶)، (۱۹۹۵) نشان داد که شدید بودن نشانه‌های وسواس می‌تواند بر پیش آگهی درمان اثر منفی داشته باشد.

از سوی دیگر به نظر نمی‌رسد که اختلالهای شخصیت تظاهرات علامتی اختلال وسواسی - جبری را بدتر کند. این یافته همخوان با بررسی دادفر (۱۳۷۶) و ناهمخوان با یافته‌های میلون و ایورلی^(۷) (۱۹۸۵) ماویساکیان و همکاران (۱۹۹۰a) بائر و همکاران (۱۹۹۲) ساندرسون و

- | | |
|--------------|--------------|
| 1-Rabavilas | 2-Joffee |
| 3-Roderigues | 4-Del Poorto |
| 5-Rosen | 6-Tallis |
| 7-Everly | |

همکاران (۱۹۹۴) ابوکون و مالاتستا (۱۹۹۴) در یسن و همکاران (۱۹۹۴) اولدهام و همکاران (۱۹۹۵) اسکودل و همکاران (۱۹۹۵) می باشد.

هرچند از دیدگاه نظری بیماران وسواسی - جبری با اختلال شخصیت بعلت رفتار ناسازگارانه خود، رخدادهای استرسزای بیشتری را ایجاد می کنند که از یک سو باعث کاهش حمایت های اجتماعی شده و از سوی دیگر با افزایش استرس، نشانه های اختلال وسواسی - جبری را بدتر می کنند، ولی در این پژوهش تفاوتی در شدت وسواس میان دو گروه با اختلال شخصیت و بدون آن دیده نشد.

یافته های جنبی پژوهش حاضر، اختلالهای شخصیت گروه C را شایعترین و شیوع همبودی کل اختلالهای شخصیت و شخصیت جبری را به ترتیب ۳۳٪ و ۵۰٪ نشان داد. در پژوهش دادفر (۱۳۷۶) و فتی و بوالهیری (۱۳۷۸) نیز بیشترین اختلالهای شخصیت همبود در گروه C قرار داشتند. شیوع همبودی کل اختلالهای شخصیت و شخصیت جبری در آنها به ترتیب ۳۹٪، ۲۱٪؛ ۶۷٪ و ۵۴٪ بوده است. در پژوهش حاضر و دادفر، (۱۳۷۶) فرم استاندارد شده MCMI-II (خواجه موگهی، ۱۳۷۲) به کار رفته است. در حالی که در پژوهش فتی و بوالهیری (۱۳۷۸) فرم استاندارد نشده MCMI-II به کار برده شد. یافته های پژوهش حاضر همخوان با یافته های پژوهش ابوکون و مالاتستا (۱۹۹۴)؛ جنیک، (۱۹۹۴)؛ تالیس و همکاران (۱۹۹۶)؛ لنسی^(۱) و همکاران ۱۹۹۶؛ اینگرام^(۲) (۱۹۶۱a) به نقل از تورنر^(۳) و بیدل^(۴)، (۱۹۸۸) و ناهمخوان با یافته های بلک و همکاران (۱۹۸۹)، به نقل از بائر و جنیک، (۱۹۹۲) می باشد.

پیشنهاد می شود با افزایش حجم نمونه امکان بررسی گروهها و یا اثر هریک از اختلالهای شخصیتی فراهم گردد. با به کار بردن روشهایی که احتمال ترک آزمودنیها را از پژوهش کمتر می نماید از سوگیری نوع آزمودنیها کاسته شود.

سپاسگزاری

این پژوهش با بودجه تحقیقاتی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران انجام شده است. بدینوسیله از استاد ارجمند جناب آقای دکتر محمدنقی براهنی و نیز سرکار خانمها ملکی و حسینی کارشناسان محترم معاونت پژوهشی که از راهنمائیهای ارزشمندشان بهره مند گردیدیم سپاسگزاریم. از آقای رضا ریحانی که در انجام و تکمیل پرسشنامه ها و آقای دکتر غلامرضا بابایی که در تجزیه و تحلیل داده ها همکاری داشتند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- توزنده جانی، حسن؛ عبدالهیان، ابراهیم (۱۳۷۳). مقایسه کارایی آموزش کنترل اضطراب، دارو درمانی و ترکیب آنها در درمان مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۱، ۵۷-۴۷.
- خواجه موگهی، ناهید. (۱۳۷۲). *آماده سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون - ۲ (MCMI-II)*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). *بررسی همبودی اختلالهای شخصیت در بیماران وسواسی - جبری و مقایسه آنها با افراد بهنجار*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- غرای، بنفشه؛ مهریار، امیر هوشنگ؛ مهربانی، فریدون (۱۳۷۹). سبک اسناد در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۴، ۴۲-۳۷.
- فتی، لادن؛ بوالهیری، جعفر؛ بررسی مشخصات بالینی اختلالهای وسواس فکری - عملی از بیماران مراکز درمانی منتخب شهر تهران، *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، سال ۶،

1-Lensi
3-Turner

2-Ingram
4-Beidel

- (1994). Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 265-274.
- Hermesh, H., Shahar, A., & Munitz, H. (1987). Obsessive-compulsive disorder and borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 120-121.
- Jenike, M. A., Baer, L., Minichiello, W. E., Schwartz, C. E., & Carey, R.J. (1986). Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 530-532.
- Jenike, M. A. (1994). Introduction new developments in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, 55, (suppl. 10), 7-8.
- Joffe, R. T., Swinson, R. P., and Regan, J. J. (1988). Personality features of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1127-1129.
- Koenigsberg, H. W., Kaplan, R. D., Gilmore, M. M., & Cooper, A. M. (1985). The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2, 462 patients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 207-212.
- Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagil, S., Kunovac, J. K., & Akiskal, H. S. (1996). Obsessive-compulsive disorder. familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*, 169, 101-107.
- Mavissakalian, M., Hamann, M. S., & Jones, B. (1990a). A comparison of DSM-III personality disorders in Panic/agoraphobia and obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, شماره ۲، ۱۳۷۸، ۱۵۲-۱۴۰. محمدخانی، پروانه. (۱۳۷۱). بررسی راهبردهای مقابله با استرس و علائم در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری. پایان نامه برای دوره کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- Aubuchon, P. G., & Malatesta, V. J. (1994). Obsessive Compulsive patients with comorbid personality disorder: associated problems and response to a comprehensive behavior therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 448-452.
- Baer, L., Jenike, M. A., Ricciardi, J. N., Holland, A. D., & Seymour, R. J. (1990). Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 826-830.
- Baer, L., & Jenike, M.A. (1992). Personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 803-812.
- Baer, L., Jenike, M.A., Black, D.W., Treece, C., Rosenfeld, R., & Greist, J. (1992). Diagnoses effect of axis II on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive - compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 862-866.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408 - 418.
- Crino, R. D., & Andrews, G. (1996). Personality disorder in obsessive-compulsive disorder: a controlled study. *Journal of Psychiatry Research*, 30, 29-38.
- Dressen, L., Arntz, A., Luttel, C., & Sallaerts, S.

- Merikangas, K. R., Angst, J., Eaton, W. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorder and substance misuse: results of an international task force. *British Journal of Psychiatry*, 168, (Suppl. 30), 58-68.
- Millon, T., & Everly, G. S. (1985). *Personality and its disorders: a biosocial learning approach*. New York: Wiley.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, M., Rosnick, L., & Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 571-578 .
- Orloff, L. M., Melanie, B. A., Battle, A., et al. (1994). Longterm follow-up of 85 patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 441-442 .
- Rabavilas, A. D., Bouris, J. C., Perissaki, G., & Stefanis, C. (1979). Premorbid personality traits and responsiveness to flooding in obsessive-compulsive patients. *Behavior Research and Therapy*, 17 , 575-580.
- Ravizza, L., Barzege, G., Bellino, S., Bogetto, F., & Maina, G. (1995). Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 368-373.
- Reich, J. H., & Vasile, R. G. (1993). Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: an update. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 475-484.
- Rodrigues, T. A. (1995). Comorbidity of obsessive compulsive disorder and personality disorder, *psychopathology*, 28, 322-329.
- Rosen, K. V., & Tallis, F. (1995). Investigation into relationship between personality traits and OCD. *Behavior Research and Therapy*, 33, 445-450.
- Sanderson , W. C., Wetzler, S., Beck, A. T., & Betz, F. (1994). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 51, 167-174.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Stein, D. J., Hollander, E., Gallaher, P. E., & Lopez, A. E. (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 29, 361-374 .
- Stekette, G. S. (1993). *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. (1st ed), New York: The Guilford Press.
- Tallis, F., Rosen, K. V., & Shafran, R. (1996). Investigation into the relationship between personality traits and OCD: a replication employing a clinical population. *Behavior Research and Therapy*, 34, 649-653.
- Turner, S. M., & Beidel, D. C. (1988). *Treating obsessive compulsive disorder*. (1st ed.), Oxford: Pergamon Press.
- Zetin, M., & Kramer, M. A. (1992). Obsessive-compulsive disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 689-699.
- Zimmerman, M., & Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: demographic correlates and comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 682-689.