

رابطه همبودی اختلالات شخصیت کلاستر B و اختلال افسردگی اساسی

با عود افسردگی

*شیمیا تمنایی فر^۱، پروانه محمدخانی^۲، عباس پورشهباز^۳

چکیده

هدف: هدف از این مطالعه تعیین رابطه همبودی اختلالات شخصیت کلاستر B و افسردگی اساسی با عود افسردگی می باشد.

روش بررسی: در این مطالعه تحلیلی و مقایسه‌ای ۱۰۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی که در طی ۵ سال گذشته افسردگی اساسی را تجربه کرده و در زمان پژوهش در دوره بهبودی نسبی به سر می بردند، به روش نمونه‌گیری هدفمند از مراجعان به چند مرکز سرپایی و درمانگاهی تهران انتخاب شدند. افرادی که بیش از دو بار تجربه عود داشته در گروه مورد و بیماران بدون تجربه عود در گروه گواه قرار گرفته و دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک هم‌متاسازی شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه ساختار یافته تشخیصی به منظور ارزیابی اختلالات شخصیت کلاستر B، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه مشخصات دموگرافیک انجام و با آزمونهای آماری مجذور خی، ضریب همبستگی اسپیرمن و تی مستقل مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: همبودی اختلال شخصیت مرزی به میزان معناداری در افراد افسرده دارای سابقه عود بیشتر است ($P < 0/001$). همبودی اختلال خودشیفته نیز بین دو گروه تفاوت معناداری داشته ($P = 0/016$)، ولی همبودی اختلال شخصیت نمایشی بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($P = 0/401$).

نتیجه‌گیری: بر اساس تفاوت معنادار همبودی اختلالات شخصیت مرزی و خودشیفته در دو گروه و نقشی که این اختلالات در عود افسردگی ایفا می‌کنند، در آینده طرح‌ریزی یک درمان مؤثر برای افسردگی مستلزم در نظر گرفتن مؤلفه‌های شخصیت در کنار نشانگان افسردگی می باشد.

کلید واژه‌ها: افسردگی / عود / اختلالات شخصیت

- ۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، کارشناس امور روانی بیمارستان روزبه
- ۲- دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۳- دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۳/۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۱۰/۲۳

*آدرس نویسنده مسئول:

تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روانپزشکی روزبه

تلفن: ۵۵۴۱۹۱۵۱-۵

*E-mail: psychshaml@yahoo.com

مقدمه

حداقل یک اختلال شخصیت را داشتند (۷). در مطالعه‌ای دیگر در مورد همبودی اختلال افسردگی اساسی و اختلالات شخصیت کلاستر B، ۱۰ تا ۳۰ درصد بیماران افسرده دارای اختلال شخصیت مرزی، ۲ تا ۲۰ درصد نمایشی و صفر تا ۱۰ درصد ضداجتماعی بودند (۸). همبودی دو یا چند اختلال شخصیت با اختلال افسردگی اساسی کیفیت زندگی و سن شروع افسردگی را کاهش می‌دهد. بیماران دچار اختلالات شخصیت کلاستر A و B و اختلال افسردگی اساسی بیشتر اقدام به خودکشی کرده و سن شروع پایین‌تری دارند (۹). همچنین بیماران اختلال افسردگی اساسی که همزمان اختلال شخصیت داشته‌اند، دوره بیماری طولانی‌تری را تجربه کرده‌اند (۱۰). بیماران افسرده‌ای که آسیب‌شناسی شخصیتی دارند، کمتر احتمال دارد که درمان کافی دریافت کنند و مشخصه‌های افسردگی مانند مزمن بودن و شدت آن که می‌تواند بر نتایج اثر بگذارد، به آسیب‌شناسی شخصیت مربوط است. نتیجه اصلی حاصل از این تحقیقات این بوده که آسیب‌شناسی شخصیت بر نتایج درمانی افسردگی اثر دارد (۱۱)، اما از آنجاکه افراد دارای اختلالات شخصیت تمایل کمی به درمان دارند، دوره‌های افسردگی اساسی فرصت مناسبی برای درمان اختلالات شخصیت است (۱۲). اطلاعات در مورد عوامل خطر ساز افسردگی، برای روانشناسان به منظور تعیین افرادی که در معرض خطر بالاتری برای افسردگی هستند مهم است. تحقیقات انجام شده تا به حال به بررسی درمان‌های ترکیبی پرداخته‌اند و به همبودی اختلالات شخصیت کلاستر B و اختلال افسردگی اساسی و به ویژه رابطه آن با عود افسردگی اشاره‌ای نشده است. لذا هدف این پژوهش بررسی شیوع و همبودی اختلالات شخصیت کلاستر B به عنوان عامل زمینه ساز عود افسردگی است.

روش بررسی

این مطالعه تحلیلی از نوع پژوهش‌های پس نگر و با طرح علی - مقایسه‌ای، متشکل از دو گروه مورد و شاهد بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در شهر تهران بود که در حال حاضر در دوره بهبودی نسبی به سر می‌بردند. با توجه به مطالعه کربل و همکاران (۱۹۹۶)، نسبت شیوع اختلالات شخصیت کلاستر B در افراد افسرده ۱۰ در نظر گرفته شد و تعداد نمونه‌ها مطابق فرمول برآورد حجم نمونه ۱۰۰ نفر برآورد شد. جامعه در دسترس مرکز صدای مشاور بهزیستی، مرکز توانبخشی صبا و مرکز مشاوره دانشگاه تهران بود که نمونه‌ها مورد نظر از میان مراجعان آنها و بر اساس ملاک‌های ورود و

در بین افرادی که به خاطر مشکلات روانشناختی نیاز به کمک و درمان دارند، افسردگی مشکل شایعی است. هر ساله چهارصد هزار نفر در پی درمان افسردگی برمی‌آیند و ۱۵ درصد آنها خودکشی می‌کنند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که هر سال در آمریکا بین ۵ تا ۵۰ درصد افراد از افسردگی یک قطبی شدید و بین ۳ تا ۵ درصد از شکل خفیف این اختلال رنج می‌برند (۱). هزینه اقتصادی ناشی از اختلال افسردگی بالاست، اما آسیب فردی آن قابل محاسبه نیست. بیماری افسردگی اغلب با کارکرد عادی فرد تداخل داشته و نه تنها باعث آسیب و درد فرد می‌شود، بلکه افرادی که از بیمار مراقبت می‌کنند را نیز مبتلا می‌کند. این بیماری به زندگی خانوادگی و خود فرد آسیب می‌رساند (۲). اختلال افسردگی اساسی در زمینه بالینی از بیماری‌های عود کننده است، به طوری که ۶۰-۴۰ درصد افرادی که یک دوره را پشت سر گذاشته‌اند، در معرض ابتلاء مجدد قرار دارند. میزان عود پس از هر دوره افسردگی بعد از یک سال بهبودی ۶۵-۱۹ درصد است و به طور متوسط هر بیمار افسرده ۳ تا ۴ دوره افسردگی را در طول عمر خود تجربه می‌کند (۳). یکی از عوامل زمینه ساز عود افسردگی ابتلا به اختلالات شخصیت است.

محققان دریافته‌اند که اختلالات شخصیت به ویژه کلاستر B خطر خودکشی را در بیماران افسرده افزایش می‌دهد (۴). به طور کلی شیوع اختلالات شخصیت ۱۳-۱۰ درصد جمعیت عمومی است. شیوع اختلالات عاطفی نیز در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با توجه به روش‌شناسی و موقعیت تحقیق بین ۸۳-۱۴ درصد است (۲). مرور مطالعات از سال ۱۹۹۰ نشان داده که همبودی اختلالات شخصیت و اختلال افسردگی باعث نتایج بدتری در کارکرد اجتماعی و سطوح بالاتر علائم باقی مانده و پاسخ درمانی ضعیف‌تر می‌شود (۵، ۲). برخی معتقد هستند که مشخصه‌های شخصیتی مانعی در راه درمان افسردگی است. همبودی اختلال افسردگی اساسی و اختلالات شخصیت در بیماران ناکارآمد در یک کلینیک بازتوانی بررسی شده است. ۶۰ بیمار با اختلال اضطرابی^۱ و ۶۶ بیمار با بیماری‌های پزشکی افتراقی، مقیاس خود سنجی اختلال افسردگی اساسی و پرسشنامه غربالگری SCID را انجام دادند. ۲۷ درصد افسرده و ۳۴/۹ درصد حداقل یک اختلال شخصیت را دارا بودند و همبودی بین اختلال افسردگی و اختلالات شخصیت به ویژه اختلال شخصیت مرزی و اجتنابی بالا بود (۶، ۵). در مطالعه‌ای دیگر از ۳۸۴ بیمار سرپایی (۵۵ درصد زن و ۴۵ درصد مرد) با تشخیص اختلال افسردگی اساسی، ۶۴٪ آنان که نسبت قابل توجهی است، ملاک‌های



مطالعات حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است. پایایی SCID با روش بین آزمونگر سنجیده شده و برای اکثر تشخیص‌های آن کاپای بالای ۰/۷ بدست آمده، ولی به روش آزمون - بازآزمون با مصاحبه‌های مستقل، کاپای پایین تری بدست آمده است. در ایران در بررسی پایایی آزمون - بازآزمون با ۰/۴ نفر از مراجعان بیمارستان روانپزشکی روزبه، مجتمع روانپزشکی بیمارستان امام حسین و بیمارستان روانپزشکی ایران توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب بود (کاپای بالای ۰/۶). توافق کلی برای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد بود (۱۸). جهت انجام تحقیق در طی جلسه‌ای ابتدا اهداف پژوهش برای افراد شرح داده شده و چنانچه موافقت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام می‌کردند، مورد مصاحبه بالینی قرار می‌گرفتند. بیماران پس از اطمینان از تشخیص افسردگی اساسی و تعیین دوره فعلی شامل دوره بهبودی موقت نسبی، بهبودی موقت کامل و افسردگی اساسی، پرسشنامه افسردگی بک را تکمیل کرده و برای تشخیص اختلالات شخصیت کلاستر B مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. شایان ذکر است که لازم بود تا مبتلایان هرگز سابقه اختلال خلقی دوقطبی، اختلال روانپریشی، اختلال ناشی از مصرف مواد، بیماری طبی عمومی، اختلال خلقی مرتبط با سایر اختلالات روانی و اختلال افسردگی با علائم روانپریشی را نداشته باشند. در صورت تمایل افراد، اطلاعاتی در خصوص نتایج پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار می‌گرفت. همچنین آن دسته از آزمودنی‌هایی که مایل به ادامه همکاری بودند، برای دریافت تسهیلات درمانی رایگان به طرح پژوهشی دیگری که پژوهشگر در آن شرکت داشت هدایت می‌شدند. در ضمن آزمودنی‌ها در هر مرحله از پژوهش می‌توانستند با میل خود از ادامه همکاری صرف نظر کنند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل، از آزمونهای آماری مجذور خی، ضریب همبستگی اسپیرمن و تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

مقایسه دو گروه از نظر جنسیت، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات با استفاده از آزمون آماری مجذور خی، حاکی از یکسانی دو گروه بود. همچنین از نظر سن و نمره افسردگی بک نیز مطابق آزمون تی مستقل بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت (جدول ۱).

خروج به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های پذیرش نمونه‌ها ابتدا به حداقل یک دوره افسردگی اساسی در ۵ سال گذشته که حداقل ۶ ماه از دوره افسردگی اساسی آنها گذشته باشد، محدوده سنی ۲۰ تا ۶۵ سال با حداقل ۸ کلاس سواد و ملاک‌های عدم پذیرش شامل ابتلا به سایر اختلالات روانپزشکی محور I و سوء مصرف مواد بود. با انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته ابتلای افراد به افسردگی اساسی محرز گردید. از تعداد ۱۴۵ نمونه اولیه، ۷ نفر به علت مصرف مواد، ۹ نفر به علت افسردگی ناشی از بیماری‌های جسمی، ۹ نفر به علت تشخیص اختلال دوقطبی، ۱۰ نفر تجربه دوره افسردگی اساسی در زمان پژوهش و ۱۰ نفر سن کمتر از ۲۰ سال از نمونه حذف شدند. از آنجا که در این پژوهش مقایسه ابتلا به اختلالات شخصیت کلاستر B و رابطه آن با عود افسردگی و دفعات عود مطرح بود، لذا شرکت کنندگانی که فقط یک دوره افسردگی را در طی ۵ سال گذشته تجربه کرده بودند، در گروه شاهد و کسانی که بیش از یک بار تجربه عود داشتند، در گروه مورد قرار گرفتند. بدین ترتیب تعداد ۵۰ نفر در هر یک از گروه‌ها قرار گرفت.

جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های اختلالات شخصیت (I & II - PDQ or PQ)، SCID-I و SCID-II، افسردگی بک و مشخصات دموگرافیک استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی بک:

آزمون افسردگی بک شدت حالت افسردگی را در تمام اختلالات روانپزشکی ارزیابی می‌کند و کاربرد مناسبی در ارزیابی روان‌درمانی و میزان تأثیر درمان‌های مختلف روی بیمار دارد (۱۳). پایایی آزمون در سال ۱۹۷۲ توسط بک با روش اسپیرمن - براون در حدود ۹۳ درصد گزارش شده است (۱۵، ۱۴). تشریحی، بارفوت و مهریار کارایی آزمون افسردگی بک را در دانشجویان غیر غربی خوب گزارش کردند و ضریب پایایی از راه دو نیمه کردن آزمون را در ۱۷ آزمودنی حدود ۷۸ درصد محاسبه کردند. پایایی دو نیمه‌کردن مقیاس با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن - براون ۰/۸ درصد بدست آمده است (۱۶).

مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID):

یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است که امکان تشخیص براساس DSM-IV را فراهم می‌کند. این مصاحبه به کار بالینی پزشک نزدیک‌تر است و مزیت اصلی آن این است که درعین ساختار یافتگی، استفاده آن برای متخصصین ساده می‌باشد (۱۷). SCID دو نسخه دارد: SCID-I به ارزیابی اختلالات روانپزشکی محور I می‌پردازد و SCID-II اختلالات شخصیت در محور II را ارزیابی می‌کند. از SCID بیش از هر مصاحبه دیگری در مطالعات روانپزشکی استفاده می‌شود، زیرا

1 - Personality Diagnostic Questionnaire or Personality Disorders Questionnaire - axis I & II

2 - Structured Clinical Interview Diagnostic for DSM - IV - Axis I

3 - Structured Clinical Interview Diagnostic for DSM - IV - Axis II

جدول ۳ - مقایسه اختلالات شخصیت کلاستر B در افراد افسرده بار اول و افراد افسرده دارای سابقه عود

متغیر	افسرده بار اول		افسرده دارای سابقه عود		مقدار احتمال
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ابتلا به شخصیت مرزی	۱۳	۲۶	۳۴	۷۸	<۰/۰۰۱
عدم ابتلا به شخصیت مرزی	۳۷	۷۴	۱۶	۳۲	
ابتلا به شخصیت خودشیفته	۱۸	۳۶	۲۸	۵۶	۰/۰۱۶
عدم ابتلا به شخصیت خودشیفته	۳۲	۶۴	۲۲	۴۴	
ابتلا به شخصیت نمایشی	۹	۱۸	۶	۱۲	۰/۴۰۱
عدم ابتلا به شخصیت نمایشی	۴۱	۸۲	۴۴	۸۸	

مقایسه دو گروه نشان داد که اختلال شخصیت مرزی در دو گروه بیماران افسرده بار اول و افراد افسرده دارای سابقه عود تفاوت معناداری دارد ($P < ۰/۰۰۱$). این نتیجه گویای این نکته است که رگه‌ها یا صفات شخصیت مرزی در بین افراد افسرده دارای سابقه عود با اطمینان ۹۹ درصد بیشتر از افراد افسرده بار اول است.

از سوی دیگر مقایسه گروه‌ها نشان داد که اختلال شخصیت نمایشی در دو گروه تفاوت معناداری ندارد ($P = ۰/۴۰۱$), اگرچه رگه‌ها یا صفات شخصیت نمایشی در افراد افسرده بار اول بیشتر بود. همچنین بین دو گروه از نظر وجود اختلال شخصیت خود شیفته نیز تفاوت معناداری وجود داشت ($P = ۰/۰۱۶$).

نتایج حاصل از تحلیل افتراقی به منظور تعیین میزان همبستگی و نقش هر کدام از اختلالات شخصیت کلاستر B با عود افسردگی بین دو گروه گواه و آزمایش نشان داد که اختلال شخصیت مرزی همبستگی بالاتری را نسبت به شخصیت خودشیفته با تبیین تفاوت بین دو گروه از خود نشان می‌دهد.

بحث

برطبق مدل آمادگی یا آسیب‌پذیری، افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی خاص، بیشتر دچار افسردگی می‌شوند. این افراد در شرایط استرس‌زا نسبت به افسردگی آسیب‌پذیر هستند (۱۹). بنابراین اگر ویژگی‌های شخصیتی در عود افسردگی نقش داشته باشد، می‌توان برای افزایش تأثیر درمان اختلالات خلقی به اختلالات شخصیت نیز اندیشید. داده‌ها نشان داد که اختلال شخصیت مرزی بیشترین فراوانی را در گروه نمونه داشت که این یافته با مطالعه کروبل (۱۹۹۶)، جوپس (۲۰۰۳) و لینکز (۱۹۹۶) موافق بود (۲۰، ۱۱، ۸). از سوی دیگر در بررسی داده‌ها مشخص شد که همبودی اختلال شخصیت ضداجتماعی با اختلال افسردگی اساسی کمترین فراوانی را داشت.

جدول ۱ - مقایسه متغیرهای زمینه‌ای و مشخصات دموگرافیک دو گروه با استفاده از آزمونهای مجذور خی * و تی مستقل **

متغیر	افراد افسرده بار اول		افراد دارای سابقه عود		مقدار احتمال
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت*					
زن	۳۷	(۷۴٪)	۳۴	(۶۸٪)	۰/۴۳
مرد	۱۳	(۲۶٪)	۱۶	(۳۲٪)	
وضعیت تأهل*					
مجرد	۲۹	(۵۸٪)	۳۰	(۶۰٪)	۰/۱۴
متاهل	۲۱	(۴۲٪)	۲۰	(۴۰٪)	
تحصیلات					
زیر دیپلم	۵	(۱۰٪)	۶	(۱۲٪)	۰/۱۹
دیپلم	۱۳	(۲۶٪)	۱۴	(۲۸٪)	
بالاتر از دیپلم	۳۲	(۶۴٪)	۳۰	(۶۰٪)	
سن**	۲۹/۵۶±۸/۷۵		۲۹/۴±۹/۳۱		۰/۰۸۹
نمره افسردگی بک**	۱۶/۶۳±۱۲/۱۸		۱۹/۲۴±۹/۹۶		۰/۰۷

در جدول (۲) میزان فراوانی هر یک از انواع اختلالات شخصیتی در گروه‌های تحت مطالعه ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود ترکیب اختلال شخصیت مرزی و خودشیفته در گروه افراد دارای سابقه عود و اختلال شخصیت خود شیفته در افراد افسرده بار اول بیشترین میزان شیوع را نشان می‌دهد.

جدول ۲ - فراوانی همبودی اختلالات شخصیت کلاستر B در افراد افسرده بار اول و افراد افسرده دارای سابقه عود

متغیر	افسرده بار اول		افسرده دارای سابقه عود	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
فاقد اختلالات شخصیت کلاستر B	۲۳	۴۶	۹	۱۸
اختلال شخصیت مرزی	۵	۱۰	۱۲	۲۴
اختلال شخصیت نمایشی	۱	۲	۱	۲
اختلال شخصیت خودشیفته	۸	۱۶	۴	۸
اختلال شخصیت مرزی و خود شیفته	۴	۸	۱۷	۳۴
اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی	۱	۲	۰	۰
اختلال شخصیت نمایشی و مرزی	۱	۲	۰	۰
اختلال شخصیت نمایشی و خود شیفته	۴	۸	۱	۲
اختلال شخصیت ضد اجتماعی و خودشیفته	۰	۰	۱	۲
اختلال شخصیت مرزی، نمایشی و خودشیفته	۱	۲	۴	۸
اختلال شخصیت مرزی، ضد اجتماعی و خودشیفته	۰	۰	۱	۲
اختلال شخصیت مرزی، نمایشی، خودشیفته و ضد اجتماعی	۱	۲	۰	۰
کل	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰

در جدول (۳) نیز فراوانی ۳ نوع اصلی اختلالات شخصیتی در دو گروه مورد مطالعه ارائه و با استفاده از آزمون آماری مجذور خی مورد مقایسه قرار گرفته است.



شوند. از آنجا که این مبتلایان ضمن مصاحبه همکاری خوبی دارند، مایلند سابقه مفصلی از ناراحتی خود داده و ابراز عواطف از جانب آنان فراوان است. اما برای رویارویی با احساساتی مانند خشم، غمگینی و امیال جنسی ممکن است با تعجب یا انکار واکنش نشان دهند و از مکانیسم دفاعی انکار بسیار استفاده کنند. در بسیاری موارد به دلیل خصوصیات نمایشی این افراد اختلال افسردگی این مبتلایان تشخیص داده نشده و کمتر از حد واقعی برآورد می‌شود.

نتایج تحقیق نشان داد بین دو گروه افراد افسرده بار اول و افراد افسرده دارای سابقه عود از نظر ابتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی نیز تفاوت معناداری وجود ندارد. بر اساس DSM-IV، شیوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی در مردها ۳ درصد و در زنان ۱ درصد و در بین زنان زندانی به ۷۵ درصد می‌رسد، ولی از آنجا که این افراد در مراکز قانونی به دلیل سوء مصرف مواد یا درگیری‌های بین فردی و ارجاع به مراکز درمانی و زندان‌ها تشخیص داده شده و خودتمایلی برای درمان و ارجاع ندارند، در نمونه مورد مطالعه نیز موردی یافت نشد و به دلیل کم بودن تعداد آنان، مورد تجزیه و تحلیل قرار نگرفت (۲۳).

نتیجه‌گیری

با توجه به میزان بالای عود افسردگی اساسی شایسته است که به عوامل زمینه ساز عود توجه بیشتری شود تا در درمان افسردگی سایر عوامل هم مد نظر قرار گرفته و در صورت امکان با درمان مشکلات زمینه‌ای از عود افسردگی پیشگیری شود.

در این پژوهش با توجه به تفاوت معنادار دو گروه مورد و گواه در مورد همبودی اختلال شخصیت مرزی با اختلال افسردگی اساسی، لزوم توجه به این اختلال شخصیت زمینه‌ای در درمان اختلال افسردگی اساسی برای پیشگیری از عود افسردگی محرز می‌گردد. البته این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود، از جمله کوچک بودن حجم نمونه که می‌تواند توان آزمون راکاهش دهد. از طرف دیگر، اختلالات شخصیت کلاستر B مستقل از سایر عوامل خطر، مانند اختلالات شخصیت کلاستر A و C بررسی شد و البته مطالعه این عوامل می‌تواند اطلاعات بیشتری را فراهم کند.

این یافته نیز با نتایج مطالعه کروبل هماهنگ بود (۸). داده‌های به دست آمده میزان شیوع بالاتر اختلال شخصیت مرزی را در جمعیت بیماران افسرده نسبت به مطالعه ویدیگر (۱۹۹۱) نشان داد (۲۱). بر اساس DSM-IV نیز شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت کلی ۲ درصد، در بیماران سرپایی کلینیک بهداشت روانی ۱۰ درصد و در بیماران بستری ۲۰ درصد است که فراوانی به دست آمده در این مطالعه بالاتر از این میزان است. بنابراین شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت بیماران افسرده بالاتر از جمعیت کلی است.

رفتار درمانی دیالکتیکی به خوبی زمینه‌های شخصیتی در اختلالات شخصیت مرزی را که زمینه ساز افسردگی و عود آن در شرایط استرس ساز است توضیح می‌دهد. در این رویکرد اعتقاد بر این است که مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی با گرایش زیستی به استرس متولد می‌شوند و نقص فطری در تنظیم هیجان دارند. یادگیری غلط، عدم یادگیری یا یادگیری ناکافی ناشی از عوامل محیطی دوران کودکی، منجر به پاسخ‌های هیجانی ضعیف شده و این ناتوانی در حوزه‌هایی چون رفتارهای خودکشی، اجتنابی و فرار، عدم کسب مهارت‌های لازم برای تنظیم هیجان‌ات و یادگیری‌های غلط در روابط بین فردی، باعث درماندگی این مبتلایان می‌شود (۲۲). در مطالعه جویس در ۲۰۰۳ نشان داده شد که افراد افسرده مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، افسردگی شدیدتر و اقدام به خودکشی بیشتری دارند که این می‌تواند به دلیل برخی علائم مشترک در اختلال شخصیت مرزی و افسردگی از جمله احساس پوچی و داشتن تفکر سیاه - سفید در روابط بین فردی باشد و زمینه بروز رفتارهای خودکشی را فراهم آورد (۱۱).

نتایج این تحقیق نشان داد که بین دو گروه با توجه به اختلال شخصیت نمایشی تفاوت معناداری وجود ندارد. بر اساس داده‌های به دست آمده شیوع اختلال شخصیت نمایشی بالاتر از جمعیت کلی که در DSM-IV گزارش شده برآورد شد. اما این میزان در مقایسه با جمعیت بیماران سرپایی و بستری در دامنه مورد انتظار قرار داشت. پاداشی که این افراد در مقابل نقش بازی کردن به جای کارآمدی دریافت می‌دارند، باعث می‌شود که همیشه نقش بازی کنند، به فکر گسترش توانایی‌های خود نباشند و زمانی که با مشکلی روبرو می‌شوند، به خاطر ترس از طرد شدن به جای پاسخ شجاعانه به حيله متوسل

منابع:

- 1- Comer R J. Abnormal Psychology. McGraw Hill Inc: 1995.
- 2- Dozois D A, Dobson K S. The prevention of anxiety and depression: theory, research, and practice. Washington, DC: American Psychological Association 2004.
- 3- Perris C. The distinction between unipolar and bipolar affective

- disorders. In: E.S. Paykel (Ed). Handbook of Affective Disorders. New York: Guilford Press; 1992.
- 4- Rouleau G, Dumoutm M, Chawky N, Roy M, Mann JJ, Benkelfat C, et al. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive aggressive behaviors in men. American



- Journal Psychiatry 2005; 162(11): 2116-24.
- 5- Kool S, Dekker J, Duijsens I J, De Jonghe F, Puite B. Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patient with or without personality disorders. *Harv. Rev. Psychiatry* 2003; 11(3): 133-141.
- 6- Ekselius L, Eriksson M, Von Knorring L, Linder J. Comorbidity of personality disorders and major depression in patients with somato form pain disorders or medical illnesses with long-standing work disability. *The European journal of psychiatry* 1997; 10(11):35-43.
- 7- Fava M, Farabaugh AH, Sickinger AH, Wright E, Alpert JE, Sonawallas A, Nierenberg A A, Wothington JJ. Personality disorders and depression. *Psychol Med* 2002; 32(6):1049-57.
- 8- Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD. Comorbidity of personality disorders and major depression. *Journal of affective disorder* 1996; 37 (2): 2
- 9- Brieger P, Ehrt U, Bloeink R, Marneros A. Consequences of comorbid personality disorders in major depression. *Journal Nervous Mental Disorders*.2002; 190(5): 304-9.
- 10- Garilo C M, Sanislow C A, Shea M T, Skodol A, Stout R L, et al. Two - year prospective study of remission from major depression disorder as a function of personality disorder comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical psychology*.2005; 73(1): 78-85.
- 11- Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger RC. Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, deferential drug response,anf 6_month outcome. *Compr. Psychiatry*.2003; 44(1):35-43.
- 12- Brenda D K, Patricia C, Graham D, Jose L A, Christopher D. The role of personality disorder in difficult patients with depression: findings from the ODIN study. *The European Journal of Psychiatry* 2007; 22(3): 153-159.
- 13- Beck AT. *The Beck depression inventory*. Philadelphia, PA: Center for cognitive therapy; 1978.
- 14- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for BDI-II*. San Antonio, TX: The psychological corporation; 1996.
- 15- Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty five years of clinical evaluation. *Psychology review* 1988; 8: 77-102.
- 16- Poshtmashhadi M. [Evaluation of effectiveness of cognitive behavior therapy in pain disorder (Persian)]. Thesis for master of science in clinical psychology. Tehran Psychiatry Institute; 2002
- 17- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JM. *Structureel clinical interview for DSM –IV Axis I disorders*. Mohammadkhani P, Jahani Tabesh A, Tamannaefar Sh. (Persian translators).First edition. Tehran. Faradid. 2006
- 18- Sharifi V, Asadi M, Mohammadi M, Kaviani H, Semanani Y, Shabani A, et al. [Reliability and usability of Persian version of diagnosis structured interview for DSM-IV (Persian)]. *Journal of Cognitive Sciences Novels* 2004; 6 (1&2)
- 19- Paykel ES. *Hand book of affective disorders*. Second edition. New York: Guilford press; 1992, pp: 147-170.
- 20- Links P.S. *Clinical assessment and management of severe personality disorders*. American Psychiatric Press; Inc.1996.
- 21- Widiger T A, Trul T J. *Diagnosis and clinical assessment*. Annual Review of psychology 1999; 42:109-133.
- 22- Lezenweger M F, Clarkin J F. *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford Press; 2003.
- 23- Kaplan H I, Sadock B J, Grebb J A. *Kaplan and Sadock synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 2003.