

مقایسه تشخیص‌های بالینی بیماران بستری و سرپایی مبتلا به PTSD با آزمون‌های روان‌شناختی

جعفر میرزایی^{۱*}، M.Sc.، غلامرضا کریمی^{۲**}، M.D.، جواد عاملی^{۳**}، M.D. و محمدعلی همتی^{۴*}، M.D.

آدرس مکاتبه: * بیمارستان روانپزشکی صدر - پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان - تهران - ایران

** دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «ح» - پژوهشکده طب‌رزمی - مرکز تحقیقات علوم رفتاری - تهران - ایران

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۳۸۳/۲/۱۳ تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۳/۵/۱ تاریخ اعلام وصول: ۱۳۸۳/۷/۱۵

خلاصه

مقدمه و هدف: هدف از انجام این پژوهش، بررسی میزان هماهنگی تشخیصی مصاحبه‌های روانپزشکی با پرسشنامه شخصیت‌سنج چند وجهی مینه‌سوتا MMPI و مصاحبه PTSD است. بررسی شاخص‌های روایی و بالینی MMPI و شدت PTSD از دیگر اهداف پژوهش حاضر می‌باشد.

روش کار: این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس بر روی ۲۰ نفر از جانبازان مبتلا به PTSD سرپایی و ۲۰ نفر بستری صورت گرفته است. در ابتدا با ایشان مصاحبه روانپزشکی شده و سپس پرسشنامه MMPI و مصاحبه PTSD به همراه جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی اخذ گردید و پس از آن گروه‌ها با هم مقایسه گردید.

نتایج: در این پژوهش نشانگان اصلی اختلال استرس پس از ضربه شامل: شاخص‌های روایی مربوط به ضربه، گوش به زنگ بودن و واکنش از جا پریدن و کاهش شدید علاقه و اشکال در به خواب رفتن بوده و در نمونه بستری بیشترین نمره را کسب کردند. شاخص‌های تحریک‌پذیری، محدود شدن طیف عواطف، فلاش‌بک، اشکال در تمرکز و واکنش‌های فیزیولوژیک نمرات بالایی را در نمونه سرپایی به دست آوردند. در ضمن در مورد مقیاس‌های روایی و بالینی MMPI به جز مقیاس‌های K-Hs-Ma در دو گروه بستری و سرپایی تفاوت معنی‌داری در سایر مقیاس‌ها مشاهده نشد.

بحث: بر اساس یافته‌های این تحقیق، هماهنگی بین مصاحبه‌های بالینی با پرسشنامه MMPI و مصاحبه PTSD وجود دارد. در حالی که در بیشتر مقیاس‌های MMPI بین دو گروه بستری و سرپایی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس از ضربه، پرسشنامه شخصیت‌سنج چند وجهی مینه‌سوتا MMPI، مصاحبه PTSD و اتسون

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی - دانشگاه آزاد اسلامی - واحد رودهن

۲- استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «ح»

۳- استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «ح»

۴- متخصص اعصاب و روان - سازمان تامین اجتماعی

مقدمه

مبتلایان به PTSD را مشخص سازند. پژوهش حاضر برای اولین بار بر روی مبتلایان به PTSD مزمین اجرا می‌گردد. سؤالات مطرح شده به شرح زیر است:

- ۱- نشانگان اصلی در مبتلایان به PTSD مزمین در مصاحبه PTSD کدام است؟.
- ۲- نشانگان فرعی در مبتلایان به PTSD مزمین در مصاحبه PTSD کدام است؟.
- ۳- آیا بین بیماران سرپایی و بستری از نظر شدت علائم تفاوت دیده می‌شود؟.
- ۴- آیا پرسشنامه MMPI می‌تواند نشانگان بیماران مبتلا به PTSD مزمین را نشان دهد؟.
- ۵- کدام شاخص روایی و بالینی مشخص کننده این نشانگان هستند؟.
- ۶- آیا هماهنگی تشخیصی بین مصاحبه بالینی روانپزشکی با آزمون MMPI و مصاحبه PTSD وجود دارد؟.

با توجه به مرور پژوهش‌ها و مطالعات انجام شده در خصوص PTSD و آزمون‌های روان‌شناختی برای تشخیص مذکور اطلاعات محدود بوده و نتایج خاصی حاصل نشده است. از طرف دیگر با افزایش مراجعه جانبازان به بیمارستان‌های روانپزشکی تابعه بنیاد جانبازان کشور و نارسایی مصاحبه بالینی به‌عنوان تنها روش تشخیص این اختلال و همچنین مغایرت نسبی تشخیص‌های عنوان شده از مصاحبه بالینی با آزمون MMPI و مصاحبه PTSD ضرورت ارزیابی روش‌ها و ابزارهای تشخیصی موجود برای PTSD احساس می‌شود. از آنجا که مصاحبه سازمان یافته وقت‌گیر است و به ندرت اجرا می‌شود و همچنین، تاکنون پژوهشی درباره کارایی مصاحبه PTSD روی مبتلایان به PTSD مزمین صورت نگرفته است، ضرورت انجام این پژوهش مورد توجه قرار گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر در بخش روانپزشکی مرکز صدر و درمانگاه اعصاب و روان مجتمع درمانی کوثر انجام شده است. نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. جامعه مورد مطالعه، جانبازان

یکی از موضوع‌های مهم در اندازه‌گیری روان‌شناختی، یافتن ابزارهای مستقل بوده که دارای نتایج یکسان برای ارزیابی یک ساختار می‌باشد. برای تشخیص اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical of Mental Disorder 4th.ed (DSM-IV) افراد باید دارای سه ویژگی اصلی چون تجربه مجدد رویداد دردناک، الگوی اجتنابی و کرختی هیجانی و بیش برانگیختگی بوده و علائم مذکور باید یک ماه دوام داشته باشد [۱]. برای ارزیابی اختلال استرس پس از ضربه، مصاحبه PTSD که یک ابزار نیمه ساخت‌یافته است، ابزاری کارآمد و مفید تلقی می‌شود [۲، ۳]. برای بررسی نیمرخ روانی مبتلایان به PTSD مقیاس‌های روایی و بالینی پرسشنامه شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) گزارش شده است [۴، ۵].

در رابطه با مقیاس‌های روایی MMPI یافته‌های جدید گرو، مک‌ویو و رانو حاکی از آن است که شاخص K و F احتمالاً بهترین روش برای تشخیص مبالغه‌آمیز بودن می‌باشد [۵]. این بیماران نمرات بالا در مقیاس‌های اسکیزوفرنی، افسردگی، پارانوئیا و نمره اعتبار (F) را در آزمون MMPI نشان می‌دهند [۱]. در این ارتباط، مبتلایان به PTSD در جبهه جنوب در مقیاس D و Pt نمرات بالایی را دریافت کردند [۶]. هرکدام از این روش‌های ارزیابی مزایا و نارسایی‌هایی دارند و هیچ یک را نمی‌توان بهترین معیار دانست. جوزف و همکاران معتقدند مصاحبه PTSD از روایی آزمون و روایی درونی بالایی برخوردار است [۷].

با وجود این مصاحبه‌های سازمان‌یافته برای تشخیص اختلالات روانی به علت روایی بالایی که در بررسی‌های طبقه‌بندی اخیر داشته‌اند از سایر روش‌ها بهتر تشخیص داده شده‌اند [۸]. بررسی‌ها نشان داده‌اند که PTSD-I از اعتبار آزمون بالایی برخوردار است [۹].

پژوهشگران بر آن هستند که مشخص کنند کدام نشانگان در اختلال استرس پس از ضربه در بین مبتلایان شایع‌تر هستند و کدام شاخص‌های روایی و بالینی MMPI می‌تواند نشانگان

اعصاب و روان که از مهر ماه ۱۳۷۹ الی اردیبهشت ۱۳۸۰ که تحت درمان در درمانگاه و بیمارستان روانپزشکی صدر بودند را تشکیل می‌دهند. جانبازان مورد مطالعه شامل ۲۰ بیمار بستری و ۲۰ بیمار سرپایی بودند. تمامی ویژگی‌های دو گروه با یکدیگر هم‌تا شدند. بیماران بستری یک هفته پس از پذیرش به بیمارستان و بیماران سرپایی در زمان ویزیت روانپزشکی به روانشناس ارجاع می‌شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از:

- ۱- عدم وجود اختلالات عضوی و صدمات مغزی
 - ۲- عدم ابتلا به اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد
 - ۳- تشخیص PTSD طبق نظر روانپزشک و مطابقت داشتن قطعی با پرونده‌های قبلی جانبازان
 - ۴- تحصیلات حداقل در سطح اول راهنمایی
- نمونه‌های مورد مطالعه ابتدا در درمانگاه اعصاب و روان توسط روانپزشک مصاحبه شده و تشخیص PTSD بر اساس معیارهای DSM-IV صورت گرفته و افراد واجد شرایط به روانشناس بالینی ارجاع داده می‌شدند. پس از اخذ شرح حال دقیق و بررسی پرونده‌های گذشته بیماران و تشخیص‌های قبلی ایشان مبنی بر وجود تشخیص PTSD از ایشان پرسشنامه MMPI تکمیل شد. پس از استراحت کوتاه، مصاحبه ویژه PTSD که توسط واتسون و همکاران تهیه شده [۳]، اخذ گردید. سپس بیمارانی که شرایط بستری را داشتند انتخاب شده و پس از گذشت یک هفته از زمان بستری شرح حال دقیق روانشناسی به همراه ویژگی‌های دموگرافیک اخذ گردید و مصاحبه PTSD و آزمون MMPI با فاصله زمانی مناسب گرفته شد.

در ابتدا از جانبازان پرسشنامه MMPI فرم کوتاه ۷۱ سؤالی که توسط براهنی، شاملو، نوع‌پرست و اخوت استاندارد شده بود، اخذ گردید. مصاحبه PTSD واتسون و همکاران (۱۹۹۱) دیگر ابزار به کار رفته در این پژوهش است. این مصاحبه دارای اعتبار ۹۵ درصد، ثبات درونی ۹۲ درصد و حساسیت ۸۹ درصد می‌باشد [۹]. مصاحبه PTSD شامل ۱۷ سؤال می‌باشد که هماهنگ با تمام معیارهای PTSD مبتنی بر DSM-III-R می‌باشد. مصاحبه از چهار قسمت A-B-C-D تشکیل شده است.

معیار A: عبارت است از این که آیا بیمار وجود تجربه‌ای خارج از

طیف تجربیات معمول انسان را داشته است؟.

معیار B: مربوط به تجربه مداوم

معیار C: مربوط به بررسی اجتناب پایدار و مستمر

معیار D: مربوط به علایم مستمر افزایش برانگیختگی می‌باشد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت انجام شد. سؤالات کاوشی به منظور شناسایی علایم با صدای بلند خوانده شد و بعد مصاحبه شونده به یکی از ۶ گزینه خیر (نمره صفر)، خیلی کم (نمره ۱)، کم (نمره ۲)، تا حدودی (نمره ۳)، زیاد (نمره ۴)، خیلی زیاد (نمره ۵) و بسیار شدید (نمره ۶) پاسخ داد [۲]. برای جلوگیری از اشتباه در نمره‌گذاری، ابتدا بیمار نمره‌گذاری می‌کرد و سپس روانشناس نیز برای هر بیمار نمره جداگانه داده و در آخر نمرات با هم مقایسه شده و رفع ابهام می‌گردید.

پس از انجام مصاحبه PTSD از بیماران پرسشنامه MMPI دریافت شد. پس از نمره‌گذاری و ترسیم نیمرخ روانی تمامی نمرات خام مقیاس یازده‌گانه استخراج شده و میانگین و انحراف استاندارد تمامی ۲۰ نفر در گروه سرپایی و ۲۰ نفر گروه بستری تحلیل شد. آزمون به کار رفته شده در طرح فعلی آزمون T برای مقایسه بین گروه‌های مستقل بوده که تمامی ۱۱ مقیاس MMPI را در دو گروه بستری و سرپایی مورد مقایسه قرار داده است. آزمون یک دامنه به کار گرفته شده و سطح معنی‌داری $P < 0.05$ در نظر گرفته شده است. از آنجایی که در این پژوهش با محاسبه آزمون F یکسانی واریانس‌ها مشخص گردید. بنابراین، از آزمون پارامتری مناسبی چون آزمون T استفاده می‌شود. آزمون T برای دو گروه مستقل با درجه آزادی $df=38$ محاسبه شده و میانگین تمامی مقیاس یازده‌گانه مجزا محاسبه شده تا بتوان به روی یک برگ نیمرخ روانی ۲ نمودار ترسیم کرد و دو گروه را مورد مقایسه قرار داد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی شامل تحصیلات در زمان سانحه، زمان سانحه، سن در زمان سانحه، سن فعلی، وضعیت شغل و تاهل و تعداد فرزندان اخذ گردید (جدول ۱).

در مصاحبه PTSD به سؤال اول تمامی ۴۰ نفر بیماران پاسخ بلی داده و مورد پژوهش قرار گرفتند و بعد از این پرسش ملاک‌های

هفته‌گانه از نظر شدت و فراوانی نمره‌گذاری شده که در جدول ۲ به نمایش گذاشته شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی مبتلایان به PTSD در دو گروه بستری و سرپایی

ویژگی	گروه بستری	گروه سرپایی
وضعیت تأهل		
مجرد	۳	۳ نفر
متاهل	۱۵ نفر	۱۷ نفر
متارکه کردن	۲ نفر	۰
میانگین سن هنگام سانحه	۲۱ ساله	۲۰ ساله
میانگین سن هنگام پژوهش	۲۳/۱ ساله	۳۰/۵ ساله
وضعیت شغل		
کارمند	۱۱	۱۲
کارگر	۵	۲
بیکار	۲	۲
آزاد	۲	۴
میانگین تعداد فرزندان	۴	۲
وضعیت تحصیلی هنگام سانحه		
راهنمایی	۱۲	۱۱
دبیرستان	۴	۵
دیپلم	۴	۴
وضعیت تحصیلی هنگام پژوهش		
راهنمایی	۱۰	۱۰
دبیرستان	۵	۵
دیپلم	۴	۲
فوق دیپلم	۰	۱
لیسانس	۱	۲
میانگین مدت ابتلا به PTSD به سال	۱۰/۳	۶/۵

کردن (Startle Response)، کاهش شدید علاقه، تحریک‌پذیری و اشکال در تمرکز جزء شدیدترین و شایع‌ترین علائم بودند. در بیماران سرپایی، تحریک‌پذیری، اشکال در تمرکز و گوش به زنگ بودن و محدود شدن طیف عواطف و واکنش‌های فیزیولوژیک و اشکال در به خواب رفتن جزء شدیدترین و شایع‌ترین علائم برآورد شدند.

نتایج میانگین، انحراف استاندارد، نمرات T و سطح معنی‌داری نمرات مقیاس‌های روانی و بالینی MMPI در دو گروه سرپایی و بستری در جدول ۳ به نمایش گذاشته شده است.

پس از انجام آزمون‌های آماری و تحلیل نتایج، نیمرخ روانی بیماران مبتلا به PTSD ترسیم شد. همان‌طوری که در نمودار ۱ نمایش داده شده است، در مقیاس‌های روانی شکل نمودار به اشکال شبیه ۸ که بیانگر وانمود بد (bad faking) می‌باشد. یعنی افراد علائم و مسائل خود را بیش از حد اغراق کرده و خودشان را بدتر از آنچه هستند نشان داده‌اند.

در مقیاس‌های بالینی نمرات افسردگی، هیستری، پسیکاستی یا خستگی و ضعف روانی و اسکیزوفرنی نمرات بالایی را کسب کرده‌اند. در دو گروه مورد پژوهش سعی بر آن بود که افراد با هم هم‌تا شده و مورد مقایسه قرار گیرند. بیماران از نظر سن، زمان شروع بیماری و دیگر ویژگی‌های جمعیت شناختی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند، اما طول درمان بیماران بستری با توجه به جدول ۱ نسبت به گروه سرپایی بیشتر بود.

در مقایسه و بررسی نمرات T بین دو گروه در مقیاس‌های یازده‌گانه متوجه تفاوت معنی‌داری $P < 0.05$ در مقیاس اصلاح (K Scale) و خود بیمار انگاری (Hs) و شیدایی (Ma) می‌شویم، در ۸ مقیاس دیگر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشده است. یعنی مقیاس‌های K و HS و Ma با گروه سرپایی اختلاف معنی‌داری را نشان دادند. به‌طور کلی تفاوت خاصی از نظر شدت علائم PTSD در گروه سرپایی و بستری مشاهده نشد.

همان‌طوری که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در بیماران بستری رویای مربوط به سانحه یا رویای تکراری و ناراحتی برانگیز حادثه، هوشیاری و گوش به زنگ بودن^۲ و واکنش از جا پریدن یا هول

۱- Recurrent Distressing Dreams Of Event

۲- Hypervigilance

جدول ۲: بررسی فراوانی معیارهای PTSD در دو گروه بیماران سرپایی و بستری جانبازان اعصاب و روان

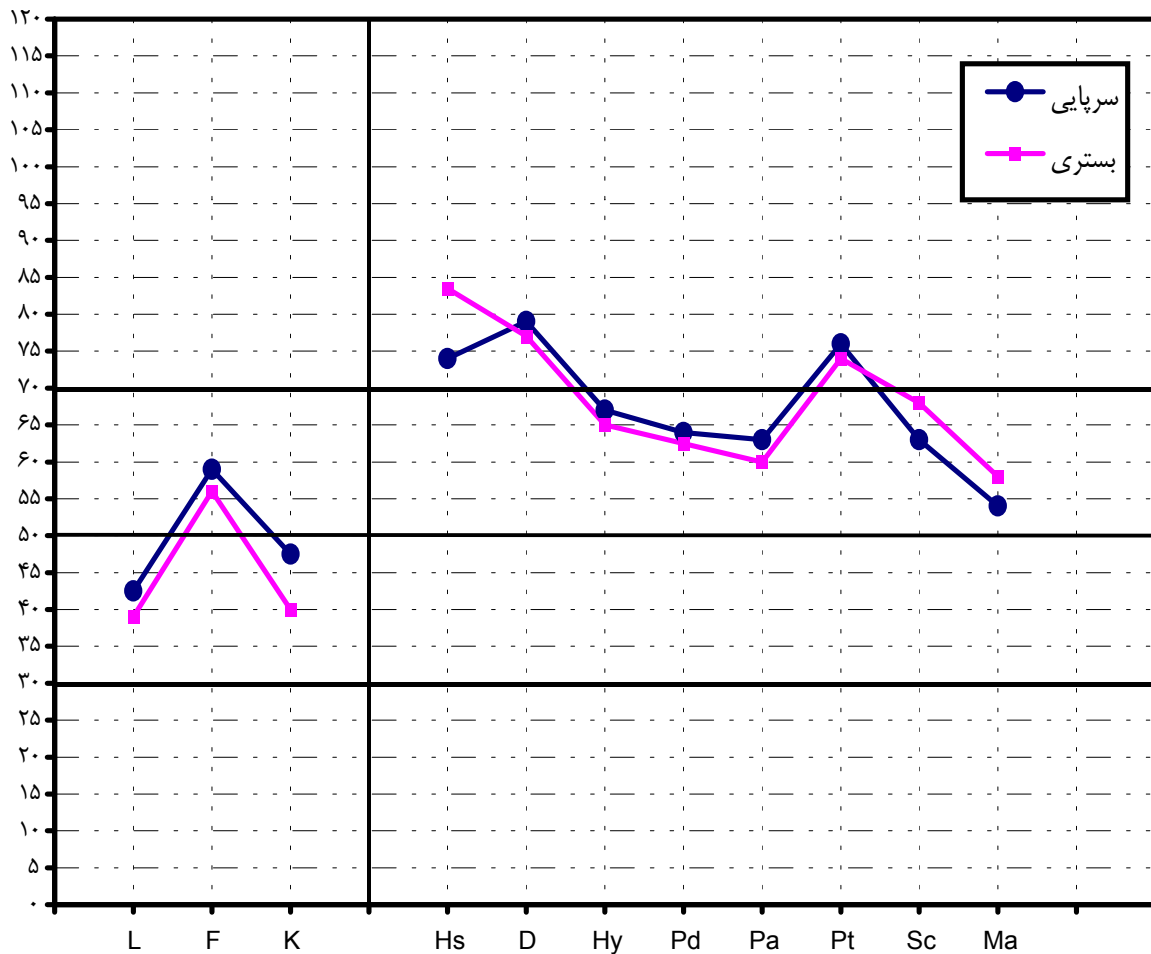
سؤالات هفده‌گانه	معانی ملاک‌های تشخیصی	معیار	۲۰ بیمار بستری	۲۰ بیمار سرپایی	درصد بیماران بستری	درصد بیماران سرپایی
۱	تجربه مجدد رویداد	B1	۱۷	۱۶	۸۵ درصد	۸۰ درصد
۲	روپای مربوط به سانحه	B2	۲۰	۱۵	۱۰۰ درصد	۷۵ درصد
۵	فلش‌بک	B3	۱۴	۱۷	۷۰ درصد	۸۵ درصد
۴	اجتناب از موقعیت‌های سمبلیک	B4	۱۷	۱۶	۸۵ درصد	۸۰ درصد
۵	اجتناب از افکار و احساسات سانحه	C1	۱۵	۱۱	۷۵ درصد	۵۵ درصد
۶	اجتناب از فعالیت‌های مربوط به سانحه	C2	۱۳	۱۴	۶۵ درصد	۷۰ درصد
۷	فراموشی روان زاد	C3	۱۶	۱۳	۸۰ درصد	۶۵ درصد
۸	کاهش شدید علاقه	C4	۱۹	۱۵	۹۵ درصد	۷۵ درصد
۹	احساس کناره‌گیری و جدایی	C5	۱۶	۱۲	۸۵ درصد	۶۰ درصد
۱۰	محدود شدن طیف عواطف	C6	۱۷	۱۹	۸۵ درصد	۹۵ درصد
۱۱	احساس کوتاه شدن آینده	C7	۱۷	۱۷	۸۵ درصد	۸۵ درصد
۱۲	اشکال در به خواب رفتن	D1	۱۶	۱۸	۸۰ درصد	۹۰ درصد
۱۳	تحریک‌پذیری	D2	۱۸	۲۰	۹۰ درصد	۱۰۰ درصد
۱۴	اشکال در تمرکز	D3	۱۸	۱۹	۹۰ درصد	۹۵ درصد
۱۵	هوشیاری و گوش به زنگ بودن	D4	۲۰	۱۹	۱۰۰ درصد	۹۵ درصد
۱۶	واکنش از جا پریدن (هول کردن)	D5	۲۰	۱۸	۱۰۰ درصد	۹۰ درصد
۱۷	واکنش‌های فیزیولوژیک	D6	۱۷	۱۹	۸۵ درصد	۹۵ درصد

جدول ۳: میانگین، واریانس و تفاوت میانگین‌های نمرات مقیاس‌های روایی و بالینی MMPI در دو گروه سرپایی و بستری

مقیاس‌ها گروه‌ها	L	F	K	HS	D	HY	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
بیماران بستری	میانگین	۱۳/۴۵	۷/۴	۱۳/۱۵	۱۴/۶۵	۱۳/۷۵	۱۰/۱۵	۷/۶	۱۳/۴۵	۱۳/۱۵	۷/۴
	انحراف معیار (Sd)	۵/۳۹	۱/۷۲	۵/۳۹	۳/۵	۷/۸۸	۳/۹۷	۴/۲۵	۳/۷۳	۵/۳۹	۱/۷۲
بیماران سرپایی	میانگین	۱۱/۹۵	۶/۳۵	۱۱/۹۵	۱۴/۷	۱۴/۲	۱۰/۵۵	۸/۲	۱۳/۵	۱۱/۹۵	۶/۳۵
	انحراف معیار (Sd)	۸/۱۵	۱/۸۱	۸/۱۵	۵/۰۶	۶/۱۶	۴/۶۸	۳/۱۱	۶/۴۷	۸/۱۵	۱/۸۱
T برای دو گروه		۱/۴۶	۲/۵	۱/۴۶	۰/۰۷	۰/۵	۰/۶۱	۱	۰/۰۷	۱/۴۶	۲/۵
سطح معنی‌داری برای آزمون یک دامنه		۰/۰۵	۵/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۵/۰۵

- (۱) L: مقیاس دروغ سنجی
 (۲) F: مقیاس تحریف (نابسامدی)
 (۳) K: مقیاس اصلاح
 (۴) Pd: انحراف روانی - اجتماعی
 (۵) Sc: اسکیزوفرنی
 (۶) Pa: پارانوایا (بدگمانی)
 (۷) Pt: پسیکاستنی (ضعف روانی)
 (۸) Ma: هیپومانیا (شیدایی خفیف)
 (۹) Hy: هیستری (واکنش تبدیلی)
 (۱۰) D: افسردگی
 (۱۱) HS: هیپوکندریزیس (خود بیمار انگاری)
 (۱۲) Pt: پسیکاستنی (ضعف روانی)
 (۱۳) Ma: هیپومانیا (شیدایی خفیف)

نمودار ۱: نیمرخ روانی MMPI در مبتلایان به PTSD گروه بستری و سرپایی



بحث و نتیجه گیری

بالاترین فراوانی را نشان داده و برخلاف سایر پژوهش‌های خارجی در معیار C که مربوط به اجتناب از افکار و احساسات و فعالیت‌های مربوط به سانحه می‌باشد، دارای پایین‌ترین فراوانی بوده است. نتایج پژوهش فعلی در زمینه مصاحبه PTSD با یافته‌های صنعتی [۱۰] و ضرغامی [۱۱] هم‌خوانی دارد. در این مورد احتمالاً می‌توان اظهار کرد از آنجایی که رزمندگان ما به دلیل اعتقادات ارزشی و مذهبی و عشق و علاقه آنها به حضور در جبهه‌ها و شرکت داوطلبانه بعضی از ایشان در جنگ نمرات مربوط به اجتناب، کاهش در فراوانی نمرات دیده می‌شود.

طبق گزارش محققین خارجی مانند پنک، اسکوبار، ویلکینسون، ون کمپن یافته‌های D، C، B با نبرد نظامی مرتبط بوده‌اند، به نقل از صنعتی [۱۰]. در پژوهش ویلکینسون اشکال در تمرکز افکار را

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است در بیماران بستری، شدیدترین علایم رویای مربوط به سانحه و گوش به زنگ بودن و واکنش از جا پریدن بوده و پایین‌ترین علایم اجتناب از فعالیت‌های مربوط به سانحه بوده است. در بیماران سرپایی، تحریک‌پذیری و اشکال در تمرکز جزء شدیدترین علایم و اجتناب از افکار یا احساسات مربوط به سانحه جزء پایین‌ترین علایم می‌باشد، این یافته‌ها با یافته‌های محققین داخلی هماهنگ بوده و با بعضی تحقیقات خارجی در بخش مربوط به اجتناب هم‌خوانی ندارد [۱۰، ۱۱].

در پژوهش حاضر به ترتیب معیار B که مربوط به تجربه مجدد حادثه و معیار D که مربوط به افزایش برانگیختگی می‌باشد،

پژوهش فعلی با داده‌های درس نامه جامع روانپزشکی مبنی بر بالا بودن نمرات مقیاس تحریف^۵، افسردگی، پارانویا و اسکیزوفرنی هم‌خوانی بالایی داشته است [۱].

در پژوهش حاضر رزمندگان در علایم مقیاس‌های خود بیمارانگاری و خستگی روانی، کم‌خوابی، تحریک‌پذیری، بیقراری، گوشه‌گیری، انزوا، درماندگی، جسمانی‌سازی، زودرنجی، نشخوار فکری، آشفتگی فکری و واکنش پرخاشگرانه نمرات بالایی را کسب کرده‌اند. لازم به ذکر است که بین دو گروه بستری و سرپایی در میزان‌های اصلی MMPI تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

در تحلیل نهایی در زمینه بررسی علایم و نشانگان همراه در محور اول تشخیص‌های اختلالات روانپزشکی عبارتند از: اختلالات خلقی (افسردگی شدید، افسرده خوبی^۶) دیگر اختلالات اضطرابی چون اختلال اضطراب فراگیر یا منتشر، اختلال وحشت‌زدگی یا حملات وحشت‌زدگی، سوء مصرف دارو، ضعف در کنترل تکانه، اختلال جسمانی کردن^۷، اختلال تبدیلی و حالات تجزیه‌ای. در محور دوم شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی عبارت بودند از: اختلال شخصیت مرزی و رفتارهای ضد اجتماعی. در رابطه با علایم و نشانگان همراه در مورد زمینه‌یابی اختلالات همراه در PTSD، سوء مصرف الکل را در ۵۱/۹ درصد، افسردگی اساسی در ۴۷/۹ درصد، اختلالات رفتاری (سلوک) در ۴۳/۳ درصد و اختلالات اضطرابی و سوء مصرف دارو در افراد تحت مطالعه را گزارش کرده‌اند [۱۴].

در مطالعه ملی سازگاری مجدد سربازان ویتنام National Vietnam Veterans Readjustment Study (NVVRS)، در مردان مبتلا به PTSD شایع‌ترین اختلالات همراه سوء مصرف دارو و الکل ۷۵ درصد، اختلال اضطراب منتشر ۴۴ درصد و افسردگی اساسی ۲۰ درصد می‌باشند [۱۴]. در پژوهش‌های دیگر شیوع اختلالات همراه در مبتلایان به PTSD، چون اختلالات خلقی ۲۶ تا ۶۵ درصد، اختلالات اضطرابی ۳۰ تا ۶۰ درصد، سوء مصرف دارو و الکل ۶۰ تا ۸۰ درصد و اختلالات شخصیت ۴۰ تا ۶۰ درصد گزارش شده است [۱۵].

فقط در نیمی از بیماران خود یافته است. این معیار در مطالعه حاضر درصد بسیار بالایی از کل بیماران (۹۲/۵ درصد) را تشکیل می‌داد که با پژوهش صنعتی [۱۰] و زرغامی [۱۱] هم‌خوانی دارد.

در رابطه با میزان هم‌خوانی بین مصاحبه‌های بالینی با پرسشنامه MMPI و مصاحبه PTSD می‌توان چنین تحلیل کرد که در تمامی افرادی که توسط روانپزشکان تشخیص PTSD داده شده‌است، با مصاحبه PTSD واتسون تنها ۵ نفر که (۱۲/۵ درصد) کل نمونه را تشکیل می‌دهند، سابقه خفیفی از سانحه را داشته و ۱۳ نفر (۳۲/۵ درصد) کل نمونه را تشکیل می‌دهند اختلال استرس پس از ضربه شدید ۲۲ نفر (۵۵ درصد) کل نمونه را تشکیل می‌دهند، PTSD متوسط طبقه‌بندی شدند. بسیاری از افراد آسیب دیده ممکن است واجد تمام ملاک‌های تشخیص PTSD نباشند اما ممکن است کارکرد آنها دچار آسیب شده باشد. بنابراین، در مورد این‌گونه افراد به نظر بلنک، کالیر و گروسونز می‌توانیم بگوییم که دچار PTSD نسبی یا PTSD زیر آستانه‌ای شده‌اند، به نقل از الیاسی [۱۲].

در رابطه با مقیاس‌های اعتبار MMPI یافته‌های جدید گروه مک‌ویو و رانو نیز حاکی از آن است که شاخص K و F احتمالاً بهترین روش برای تشخیص مبالغه‌آمیز بودن است [۵]. لی‌هیرو و همکارانش در پژوهش خود مسئله بیش گزارش‌دهی و یا مبالغه‌آمیز بودن را در نظامیان مبتلا به PTSD در تعداد زیادی از نمونه‌های خود گزارش کرده‌اند [۵]. البته نباید مسئله بیش گزارش‌دهی را صرفاً به مسئله تمارض بیماران مرتبط کرد.

با توجه به نیم‌رخ روانی در مبتلایان به PTSD، در مقیاس‌های بالینی MMPI همچون خود بیمارانگاری^۳ و جسمانی کردن، رفتارهای هیجانی و اغراق‌آمیز واکنش تبدیلی^۴ را احتمالاً می‌توان به مسائل مربوط به شیوه‌های مقابله و استفاده از مکانیسم دفاعی مرتبط دانست تا این‌که برچسب تمارض را برای ایشان قابل شد. در رابطه با ویژگی روانی رزمندگان در جبهه جنوب، دشتی و منتظری [۶] و تشخیص بالینی PTSD در رزمندگان [۱۳]، نمرات بالایی در مقیاس‌های افسردگی، خستگی یا ضعف روانی و اسکیزوفرنی گزارش کرده‌اند که با پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. یافته‌های

۵- Falcification (F)

۶- Dysthymic

۷- Somotization

۳- Hypochondriasis (Hs)

۴- Conversion Reaction (Hy)

افسردگی و تحریک‌پذیری دیده می‌شوند، علایم فوق صرفاً دلایل بستری شدن جانبازان به حساب نیامده بلکه مسائلی مانند عدم حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی، عدم اشتغال و وجود انواع نفع ثانویه مانند افزایش درصد جانبازی، تا حدودی مسئله بیش گزارش‌دهی علایم و وجود نوعی تمارض را مطرح می‌کند. این نتیجه‌گیری در پژوهش حاضر با نظر بعضی محققین [۱۷] که معتقدند که PTSD شکلی از اختلالات پیچیده و مسائل شخصیتی و اختلالات ساختگی به‌منظور کسب نفع و مزایا و مستمری و غرامت افراد می‌باشد هماهنگ است. در آخر باید اذعان کرد، بعد از جنگ جهانی اول و دوم محققین متوجه شدند بعد از در معرض انفجار قرار گرفتن رزمندگان غالباً با اقامت مجروحان جنگ در بیمارستان نه تنها بستری شدن مفید واقع نشده بود، بلکه در نهایت به تثبیت و ادامه علایم و عوارض پیچیده منجر گردیده و در بازگشت به خدمت، مسئله بفرنج نفع ثانویه مانند دریافت غرامت را مطرح کرده‌اند [۱۸].

پژوهش حاضر در مورد علایم و نشانگان همراه و تشخیص‌های دوگانه، با نمونه ۴۰ نفره فعلی هماهنگی بالایی با مطالعات انجام گرفته در خارج را نشان می‌دهد. هرچند که پژوهش حاضر قصد بررسی دقیق و شیوع اختلالات روانپزشکی را نداشته است با این وجود تشخیص‌های مطرح شده و علایم به‌دست آمده به‌وسیله مصاحبه‌های بالینی و آزمون‌های روانی مطالعات انجام گرفته را مورد تأیید قرار می‌دهد.

نشانگان همراه در مبتلایان به PTSD بسیار متعدد است و شکل بالینی اختلال، متخصصین بالینی را با پیچیدگی‌های درمانی و ارزیابی‌های روان‌شناختی همراه ساخته است. بسیاری از نظریه‌پردازان ضربه‌شناسی، واژه اختلال استرس پس از ضربه پیچیده (Complex PTSD) را به انجمن روانپزشکی آمریکا پیشنهاد داده‌اند [۱۶]. در تمامی مبتلایان به PTSD هیچ‌گونه گزارشی از PTSD با شروع تأخیری که نمایانگر شروع علایم مربوط به PTSD پس از ۶ ماه از حادثه می‌باشد، گزارش نشد. به نظر می‌رسد، علاوه بر وجود علایم اصلی PTSD که به همراه

منابع

- ۹- ویلیامز و سامر. درمان اختلال استرس پس از حادثه، ترجمه سیدحسین سلیمی. جلد اول، انتشارات علم نو؛ ۱۳۷۷. صفحات: ۵۰-۶۲
- ۱۰- صنعتی محمد. نارسایی DSM-III-R در تشخیص PTSD مجموعه مقالات سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ، جلد اول، نشر بنیاد؛ ۱۳۷۲. صفحات: ۱۲۵-۱۳۹.
- ۱۱- زرغامی مهران. PTSD در جانبازان و آزادگان مازندران مجموعه مقالات سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ، جلد دوم، نشر بنیاد؛ ۱۳۷۲. صفحات: ۳۷۷-۳۹۴.
- ۱۲- الیاسی محمدحسین. استرس پس از ضربه، نشر امن؛ ۱۳۷۹. صفحه: ۷۰.
- ۱۳- مؤمن‌زاده سیروس. بررسی و مقایسه تشخیص کلینیکی PTSD با میزانهای تست MMPI، پایان‌نامه کارشناسی روانشناسی، دانشگاه علوم تربیتی اصفهان؛ ۱۳۶۸. صفحات: ۷۷-۷۵.
- 14- Nutt D, Davidson. JRT, Zohar J. Post-traumatic stress Disorder, Martin Dunitz Ltd, United Kingdom; 2000. p. 21-22.
- 15- Scott MJ, Palmer S. Trauma and posttraumatic stress disorder. Chassell publication; 2000. p. 2-4.
- 16- van der Kolk BA, McFarlane AC and Weisaeth, L. (Eds.). Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: Guilford; 1996. p.248-253.
- 17- Davidson JRT and Foa EB. Diagnostic issues in post traumatic stress disorder: consideration for the DSM-IV; journal of Abnormal Psychology 1991;100(3):340-355.
- ۱۸- نجاریان بهمن. اختلالات روانی ناشی از جنگ و اسارت، انتشارات مردمک؛ ۱۳۷۶. صفحات: ۱۶، ۱۰۶ و ۱۳۵.
- 1- Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry; 8th edition, Lippincott Williams and Wilkins; 1998. p. 617-623.
- 2- Watson CG, Kucala T, Juba M, Manifold V, Anderson PE, Anderson D. A factor analysis of the DSM-III posttraumatic stress disorder criteria: J Clin Psychol 1991 Mar;47(2):205-214.
- 3- Watson CG, Juba MP, Manifold V, Kucala T, Anderson PE. The PTSD interview: rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. J Clin Psychol 1991 Mar;47(2):179-88.
- 4- Keane TM, Malloy PF, Fairbank JA. Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. Consult Clin Psychol 1984 Oct;52(5):888-91.
- ۵- میرزایی سیدمحمد، ذوالفقاری فضیله. مقیاس‌های K و F پرسشنامه MMPI در مبتلایان به PTSD، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی انستیتو روانپزشکی تهران. ۱۳۷۰. صفحات: ۹۵-۸۷ و ۱۰۰-۹۹.
- ۶- دشتی عبدالرسول، محقق‌منتظری حسین. ویژگی‌های روانی رزمندگان در جبهه‌های جنوب اهواز. سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ، جلد اول، موسسه چاپ و نشر بنیاد؛ ۱۳۶۸. صفحات: ۵۸-۶۵.
- 7- Josef S, Williams R, Yule W. Understanding post-traumatic Stree, Wiley press; 1997. p. 70-72.
- 8- Pilkonis PA, Heape carol L, prioetti JM. The reliability and validity of two-structured diagnostic interview for personality disorder. Archives of General Psychiatry 1995;25:1025-1033.