

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۲۸ شماره ۱ بهار ۱۳۸۵ صفحات ۱۱۸-۱۱۵

بررسی میزان توافق مصاحبه بالینی در تشخیص اختلالات خلقی با آزمون شخصیتی چند وجهی مینه سوتا (فرم کوتاه)

دکتر عبدالله نجات بخش: دستیار گروه روانپزشکی بیمارستان رازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط
دکتر علی فخاری: استاد یار گروه روانپزشکی بیمارستان رازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

E-mail: fakharia@TBZMED.ac.ir

عبدالرسول صفائیان: کارشناس ارشد آمار حیاتی دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۳/۱۲/۲۳، پذیرش: ۸۴/۴/۱۵

چکیده

زمینه و اهداف: یکی از موضوعات مهم در اندازه گیری روانشناختی، یافتن ابزارهای مستقل و دارای نتایج یکسان برای ارزیابی یک ساختار است. این پژوهش با هدف بررسی میزان توافق نتایج حاصله از دو روش مصاحبه بالینی مطابق DSM-IV-TR با آزمون MMPI (فرم کوتاه) در تشخیص اختلالات خلقی می باشد.

روش بررسی: بیماران بستری و سرپائی مراجعه کننده به بیمارستان رازی تبریز با مشخصه اختلال خلقی انتخاب و طی دو مرحله به کمک مصاحبه بالینی و آزمون MMPI (Minnesota multiphasic personality Inventory (short form)) (فرم کوتاه) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس بکمک نرم افزار SPSS شاخص های عملکرد تشخیصی MMPI، ضریب کاپا، عدد P و قدرت تشخیصی مثبت و منفی، برای تعیین میزان توافق روش های یاد شده محاسبه گردید.

یافته ها: میزان توافق دو ابزار بکار گرفته شده (آزمون MMPI و مصاحبه بالینی) برای اختلال دو قطبی ۲/ و برای اختلال یک قطبی ۴/ می باشد.
نتیجه گیری: نتایج بدست آمده همگرایی ضعیفی بین آزمون MMPI و تشخیص بالینی نشان داد و ویژگی بالا این آزمون نسبت به حساسیت پائین، کاربرد آن را در رد اختلال روانپزشکی خلقی (تائید عدم وجود بیماری خلقی) نسبت به تائید تشخیص آن (تائید وجود بیماری خلقی) می رساند. تبیین های گوناگونی برای علت بالا نبودن همگرایی روشهای ارزیابی فوق مطرح می شود که در آن میان نارسائی در ابراز علائم و ملاک های تشخیصی و مشکلات مربوط به حساسیت پایین مقیاس های ارزیابی در آزمون MMPI فرم کوتاه چشمگیرتر می باشد.

کلیدواژه: مصاحبه بالینی، آزمون MMPI (فرم کوتاه)، اختلالات خلقی

مقدمه

ابزار مورد توجه و با اهمیت در تشخیص بیماری در هر مرحله ای گرفتن تاریخچه ای مستند بوده و توانائی اجرای یک مصاحبه بالینی جامع، نخستین و اساسی ترین گام در ارزیابی و درمان بیمار است، لذا برای اجرای یک مصاحبه موثر، منعطف و سلیس متخصصان بهداشت روانی باید اصول اساسی و زیر بنای فرایند مصاحبه را بدانند (۲).

نکته قابل توجه اهمیت مصاحبه بالینی و آزمونهای روانشناختی در تشخیص اختلالات روانپزشکی به علت عدم دسترسی به ابزارهای تشخیصی مورد مصرف در دیگر رشته های تخصصی (برای مثال مطالعات رادیولوژی و...) می باشد (۳).

هر کدام از این روش های تشخیصی مزایا و نارسائیهای دارند و هیچ یک را نمی توان بهترین معیار دانست با وجود این که مصاحبه های ساخت یافته برای تشخیص اختلالهای روانی با بررسی

یکی از موضوعات با اهمیت در مسیر تشخیص اختلالات روانی بکار گیری ابزارهای مستقل و دارای نتایج یکسان برای ارزیابی یک ساختار می باشد. این ابزارها باید از نظر شکل و محتوی به اندازه کافی متفاوت باشند که همگرایی آنها چیزی بیش از روایی (شکل های معادل، یا آزمون - باز آزمائی) را نشان دهد. یعنی هر قدر دو ابزار اندازه گیری از نظر شکل یا محتوا با یکدیگر هم پوشی بیشتری داشته باشند، ارزیابی های به دست آمده مستقل تلقی نشده و از این رو شواهد ضعیفتری از اعتبار همگرا را نشان می دهند. با وجود این در برخی از قلمروهای روانشناختی (به عنوان مثال ارزیابی هوش) یا در خصوص مقیاس های نشانگان بالینی معین (برای مثال مقیاس درجه بندی هامیلتون و پرسشنامه بک) برای افسردگی اعتبار همگرایی مناسبی حاصل گردیده است. بنابراین یافتن اعتبار همگرا در قلمرو آسیب شناسی شخصیت و اختلال روانی نیز دارای اهمیت بشمار می رود (۱).

طبقه‌بندی شده آن روائی بالائی را نشان می دهند لیکن با سایر روش های گوناگون شباهتی به یکدیگر نداشته‌اند (۱).
با توجه به افزایش روز افزون انجام تست های مختلف روان شناختی از جمله آزمون شخصیتی چند وجهی مینه سوتا (MMPI) و به طبع تعداد قابل توجه در خواست شده در مراکز درمانی کشورمان بویژه فرم کوتاه ۷۱ گزینه‌ای، بر آن شدیم که میزان توافق نتایج تست مذکور با نتایج حاصله از مصاحبه بالینی انجام گرفته اختلالات خلقی در مراکز درمانی را در این پژوهش مورد توجه قرار دهیم.

مواد و روش ها

مطالعه از نوع تحلیلی - مقطعی می باشد. آزمودنیهای پژوهش را ۷۲ مراجعه کننده (۷ نفر سرپائی و ۶۵ نفر بستری) در بیمارستان رازی تبریز و در مدت ۱۲ ماه از تیر ۸۲ لغایت تیر ۸۳ تشکیل داده‌اند. کلیه مراجعان از بین بیماران با سطح تحصیلات بالاتر از مقطع راهنمایی و از بین بیمارانی که طی مصاحبه بالینی تشخیص مسجل اختلال خلقی داشته و در مرحله فعال بیماری خلقی بوده‌اند انتخاب گردیده است (ویژگی جمعیت شناختی در جدول ۱ آمده است). اجرای پژوهش در چند مرحله انجام گرفت. در مرحله نخست مصاحبه بالینی توسط دستیار روانپزشکی (مجری طرح) تحت نظر اساتید بخش انجام شد. به کمک مصاحبه اخیر مصاحبه‌های مکرر دیگر همکاران و تشخیص نهائی درج شده در پرونده ترخیصی بیمار تشخیص مشخص و اطلاعات برای هر بیمار در فرم ویژه‌ای جمع بندی گردید، سپس بیماران جهت انجام آزمون MMPI به روانشناس بالینی معرفی گردیدند. انجام آزمون توسط روانشناس هر چند بطور همزمان با مصاحبه انجام شد (در زمان فعال بودن علائم بیماری) ولی آزمایشگر به جز مشخصات اولیه بیمار هیچ اطلاعی از تشخیص های بالینی بر اساس مصاحبه نداشته و نتایج حاصله توسط روانشناس فقط بر اساس تفسیر آزمون و ترسیم نیمرخ از مقیاس ها ارائه شد. (روانپزشک مصاحبه گر هم از نتایج آزمون مطلع نبوده است).

روانشناس آزمونگر تمامی بیماران را تحت آزمون MMPI فرم کوتاه (۷۱ گزینه ای) قرار داده و شرایط آزمون برای کلیه بیماران یکسان بوده است. مصاحبه بالینی از نوع توصیفی و بصورت نیمه ساخت یافته مطابق DSM-IV-TR تدوین و اجرا گردیده است.

آزمون MMPI یک ابزار خود گزارشی بر پایه درست و غلط یا نمی دانم است که با تشخیص های محور ها در DSM-IV-TR ارتباط هائی را نشان می دهد (۴) این آزمون در سال ۱۹۴۰ توسط هتاوی و مک کین لی با ۵۰۴ جمله مثبت تدوین گردید (۶)

جدول ۱: ویژگی جمعیت شناسی پژوهش

وضعیت شغلی		وضعیت تاهل		وضعیت تحصیلی			جنس	سن (سال)
غیرشاغل	شاغل	متاهل	مجرد	عالی	دبیرستان	راهنمایی	زن	۲۰-۱۱
۴۷	۲۵	۳۲	۴۰	۱۲	۲۳	۳۶	۱۳	۲۱-۴۰
							۵۹	۴۲
							۶	۴۱+
							۸۲	۱۹/۴
							۱۸	۵۸۳
							۵۱/۳	۸۳
							۳۲	
							۱۶۷	
							۵۵/۵	
							۴۴/۵	
							۳۴/۷	
							۶۵/۳	

1. Sensitivity
2. Specificity
3. Negative predictive Value
4. Positive predictive Value
5. Crud Index
6. Kappa coefficient

یافته‌ها
ویژگی عملکرد تشخیصی ۷۲ بیمار (۴۲ بیمار دو قطبی و ۳۰ بیمار یک قطبی) بکمک نرم افزار spss مورد بررسی قرار گرفت. و نتایج ذیل حاصل گردید. در افراد مراجعه کننده که مبتلا به اختلال خلقی یک قطبی نبوده‌اند، نتیجه آزمون MMPI در حدود ۸۹ درصد منفی (غیر بیمار) و ۱۱ درصد مثبت (بیمار) گزارش شده است. از طرفی در بیماران خلقی یک قطبی (با مصاحبه بالینی) نتیجه آزمون MMPI در حدود ۵۰ درصد منفی (غیربیمار) و حدود ۵۰ درصد مثبت (بیمار) گزارش شده است. حساسیت آزمون MMPI فرم کوتاه برای تشخیص افسردگی حدود ۵۰ درصد و ویژگی حدود ۸۹ درصد گزارش شده است.

جدول ۲: مشخصه های عملکرد تشخیصی آزمون MMPI در اختلال خلقی یک قطبی *

نتیجه آزمون	تشخیص بالینی (غیر بیمار)	تشخیص بالینی (بیمار)
+	۱۲	۱۵
-	۱۰۰	۱۵
$P < / .001$	$Po^+ = 35/71$ $Po^- = 78/74$	$CI = 80/98\%$ $K = 0/408$ $Sen = 50\%$ $Pv(+) = 55/5\%$ $Spe = 89/28\%$ $Pv(-) = 87/95\%$

*: Unipolar mood disorder

جدول ۳: مشخصه های عملکرد تشخیصی آزمون MMPI در اختلال خلقی دو قطبی *

نتیجه آزمون	تشخیص بالینی (غیر بیمار)	تشخیص بالینی (بیمار)
+	۹	۱۱
-	۹۱	۳۱
$P = / .007$	$Po^+ = 21/56$ $Po^- = 69/46$	$CI = 78/83$ $K = / 203$ $Sen = 26/19\%$ $Spe = 91\%$ $Pv(+) = 55$ $Pv(-) = 74/59\%$

*: Bipolar mood disorder

ای روش های ارزیابی اختلال روانپزشکی فوق در پژوهش کاملاً یکسان نیستند.

تبیین دیگر استفاده از فرم کوتاه آزمون MMPI که از ۷۱ ماده تشکیل شده است (در مقابل MMPI تجدید نظر شده که از ۵۶۷ ماده تشکیل شده) در کسب اطلاعات و ارزیابی نشانه های کلینیکی محدود بوده، بطوریکه در یک پژوهش به این نتیجه رسیدند که فرم کوتاه آزمون MMPI (۱۸۰ گزینه ای) برای پیش بینی و کسب نشانه های کلینیکی غیر قابل اعتماد می باشد و بکمک این فرم آزمون اطلاعات محدودی کسب می شود (۷). در صورتیکه مطالعه دیگر (۱۹۸۰-۱۹۷۰) با فرم بلند MMPI حاکی از پایانی همه مقیاس های MMPI بود. به طوری که ضرایب پایانی آنها از ۷۱٪ برای مقیاس Ma تا ۸۴٪ برای مقیاس PT متغیر بود (۴).

حساسیت آزمون MMPI فرم کوتاه برای اختلال یک قطبی نسبت به اختلال دو قطبی بالاتر گزارش شده (حدود دو برابر) که حاکی از ارزش بالاتر این آزمون برای تشخیص اختلال یک قطبی می باشد. در سال ۲۰۰۳ در یک پژوهش به ارزش بالای مقیاس Md در آزمون MMPI برای تشخیص افسردگی اشاره نمودند (۸). از علل دیگر مورد بحث نحوه برون ریزی علائم روانپزشکی در بیماران خلقی است از آن جمله اغراق در ابراز علائم در بیمار یک قطبی و بر عکس انکار یک رشته از علائم در بیماران دو قطبی (فاز مانیا) می باشد که در جمع آوری اطلاعات بالینی و تشخیص گذاری اثر گذار می باشد.

از طرفی در بررسی روانشناختی (آزمون MMPI) نیز خوب یا بد جلوه دادن خود در پاسخ به پرسشنامه بر روی مقیاس های آزمون اثر گذار خواهد بود. در سال ۱۹۸۴ طی مطالعه ای بررسی آزمون MMPI به نتایجی رسیدند از جمله: آزمون MMPI برای سنجش جمعیت های بهنجار نابسند است و برای تشخیص افتراقی روانپزشکی نقش دقیقی ایفا نمی کند (۴).

در سال ۲۰۰۳ در بررسی اعتبار مقیاس های نرمال MMPI در بیماران روانپزشکی بویژه آنهایی که علائم را برون ریزی می کنند

ضریب کاپا که حاکی از میزان توافق بین این دو ابزار تشخیصی (آزمون MMPI و مصاحبه بالینی) است در حدود ۰/۴ گزارش شده که نشان دهنده همگرایی و توافق ضعیف در نتایج این دو روش تشخیصی می باشد. ($P < / .001$)
قدرت تشخیصی واقعی بیمار در اختلال خلقی یک قطبی حدود ۳۶ درصد و قدرت رد احتمال بیمار بودن آنها حدود ۷۹ درصد گزارش شده است.

در افراد غیر بیمار از نظر مصاحبه بالینی روانپزشکی، نتایج آزمون MMPI فرم کوتاه در حدود ۹۱ درصد منفی (عدم بیماری خلقی دو قطبی) و در حدود ۹ درصد مثبت (با بیماری خلقی دو قطبی) گزارش شده است. از طرفی در افراد بیمار، نتیجه آزمون (MMPI) حدود ۷۴ درصد منفی (عدم بیماری دو قطبی) و ۲۶ درصد تشخیص اختلال دو قطبی همراه می باشد.

قدرت تشخیصی واقعی بیمار (Po^+) در این اختلال حدود ۲۲ درصد و قدرت رد احتمال بیمار بودن (Po^-) حدود ۶۹ درصد گزارش شده است. حساسیت آزمون MMPI برای تشخیص اختلال دو قطبی در حدود ۲۶ درصد و ویژگی آن ۹۱ درصد می باشد. ضریب کاپا برابر ۱/۲ است که حاکی از توافق کم بین آزمون MMPI فرم کوتاه و مصاحبه بالینی اختلال دو قطبی می باشد ($p = / .007$)

بحث

بررسی یافته ها میزان توافق ضعیفی را میان مصاحبه روانپزشکی و ارزیابی روانشناختی (آزمون MMPI فرم کوتاه) در تعیین اختلال های خلقی نشان می دهد (ضریب کاپا برای اختلال دو قطبی ۱/۲ و یک قطبی ۱/۴). دلایل گوناگونی را میتوان برای توجیه این یافته مطرح نمود، نخست آنکه تشخیص های روانپزشکی بر پایه معیارهای DSM انجام گردیده و بازتاب یک دیدگاه تجربی هستند (۴) در صورتی که مقیاس های آزمون MMPI بازتاب یک دیدگاه نظری می باشند. بنابراین بنظر می رسد که ساختارهای پایه

محدودیت های مطالعه

از آنجائی که بیماران مراجعه نموده در فاز فعال بیماری خلقی بوده و عمدتاً نیازمند بستری شدن بودند لذا نسبت بیماران بستری تحت پژوهش به بیماران سرپائی بصورت چشمگیری بالاتر بوده و تعادل خاصی در این خصوص میسر نشد. از محدودیت های دیگر وضعیت بیماران در مرحله فعال بیماری که گاهی بدلیل بی‌حوصلگی و عدم دقت کافی (افسرده‌ها) یا افت تمرکز و همکاری (مانیک‌ها) احتمالاً باعث اشکالاتی در پاسخ دهی به سوالات آزمون MMRI شده است، لذا بنظر می‌رسد ارزیابی روانشناسی (آزمون MMRI) در مرحله‌ای از بیماری که علیرغم داشتن علائم تشخیص گذار، دقت نظر کافی برای ارزیابی داشته باشند مطلوبتر بوده و نیازمند بررسی مقایسه‌ای در آینده می باشد.

تقدیر و تشکر

با تشکر از آقای یوسف سیاح جاوید، خانم مریم اکبری پستکان و خانم ژاله عباسی که در انجام آزمون MMPI در این پژوهش همکاری صمیمانه داشته اند.

References

1. افخم ابراهیمی ع ، صالحی م. بررسی میزان مصاحبه بالینی سازمان یافته با آزمون MCMI -II در تشخیص اختلال شخصیت، فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۹ سال ششم، شماره ۲۲ و ۲۳، صفحات ۷۹ تا ۸۶.
2. جری فرس ا، جی ترال ت. روانشناسی بالینی. ترجمه: فیروزبخت م، تهران: انتشارات شیداسب ۱۳۷۷، صفحات ۳۸۱ تا ۴۹۱.
3. اوتمر ا، اوتمر ر. مصاحبه روانپزشکی براساس DSM-IV مترجمین: آرومندی ح، بهشتی م، تهران: انتشارات ارجمند ۱۳۷۷، صفحات ۱۵ تا ۲۵.
4. گری کراث م، راهنمای سنجش روانی. ترجمه و ویرایش: پاشاشریفی ح، تهران: انتشارات رشد ۱۳۷۵، صفحات ۲۸۱ تا ۳۰۰.
5. اخوت و، دانشمند ل، ارزیابی شخصیت، تهران. انتشارات دانشگاه تهران ۱۳۸۱، صفحات ۲۶۳ تا ۲۶۴.

به این نتیجه رسیدند که در مردان ۳۰ درصد و در زنان ۲۵ درصد این اعتبار وجود دارد (۹).
تیین دیگر در خصوص پژوهش فوق ویژگی بالای آزمون MMPI نسبت به حساسیت آن می‌باشد. مطالعه‌ای در ارزیابی ولایی آزمون MMPI به این نتیجه رسیدند تشخیص همزمان مصاحبه بالینی و آزمون MMPI در حد ۲۷ درصد برای اختلالات محور I تقسیم بندی تشخیصی DSM-IV بوده است (۱۰).
لذا میتوان آزمون مزبور را برای رد احتمال وجود اختلال خلقی با اهمیت تر از کاربرد آن در تائید تشخیص این اختلال دانست.
از عوامل مداخله‌گر در روند انجام پژوهش سطح تحصیلات افراد مورد آزمون بود لذا بیماران از افراد با تحصیلات دوره راهنمایی و بالاتر انتخاب گردیدند. از دیگر عوامل، همزمانی انجام آزمون و مصاحبه بالینی بیماران در مرحله فعال بیماری، باعث گردید که بیمارانی که از نظر معیارهای تشخیصی DSM-IV برای اختلال خلقی قابل تشخیص گذاری نبودند از مطالعه خارج گردیده و پژوهش فقط جهت افراد با علائم فعال بیماری خلقی انجام گردید.

6. Kaplan H, sadock B, clinical neuropsychological testing In synopsis of psychiatry. 9th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2003; pp: 180-181.
7. Gass CS, GonzalesC. MMPI -2 short Form proposal. the official Journal of the National Academy of Neuropsychologists 2000, 18(5): 521-527 .
8. Steffan, JS, clopton JR, morgan RD. An MMPI- 2 scale to detect malingered depression (Md scale), *Assessment* 2003, 10(4): 382-392
9. Hiltz, D., moore, J.M. Normal Renge MMPI -A profiles among psychiatric Inpatients: *Assessment* 2003, 10(3). 260- 272.
10. Svanum, S, mcgreew, J. An estimate and comparison of MMPI and MMPI-2 concurrent validity. the Journal of nervous and mental diseas 1996, 184(7): 417-424.