

Obsessive – Compulsive personality disorder

แพทย์หญิงหทัยชนนี บุญเจริญ

8 เมษายน 2546

Personality (บุคลิกภาพ) หมายถึงลักษณะเฉพาะของบุคคลซึ่งมีความซับซ้อน เป็นผลรวมของหลายส่วน ไม่ว่าจะเป็นลักษณะทางอารมณ์ พฤติกรรม การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนวิถีการดำรงชีวิตของบุคคลนั้น (lifestyles)

Gordon Allport ได้อธิบายถึง Personality ไว้ว่า “dynamic organization within the individual of those psychophysical systems that determine his or her unique adjustment to the environment “

โดยมีหน้าที่พื้นฐาน คือ feel ,think และ perceive และผสมผสานเป็น purposeful behaviors

Personality Disorder (บุคลิกภาพที่ผิดปกติ) คือประสบการณ์และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนอย่างชัดเจนจากบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมนั้น ซึ่งเป็นการแสดงออกของ cognition ,affectivity ,interpersonal functionings และ impulse control ที่มีลักษณะ inflexible และ pervasive ใน personal และ social situation โดยทำให้มีความบกพร่องและได้รับความเดือดร้อน ในหน้าที่ทางด้านสังคมและอาชีพการงาน บุคลิกภาพที่ผิดปกตินี้เริ่มแสดงให้เห็นตั้งแต่ช่วง adolescence หรือ early adulthood

Obsessive-Compulsive Personality Disorder (OCPD) เป็นบุคลิกภาพที่ผิดปกติชนิดหนึ่งซึ่ง DSM-IV จัดอยู่ใน Cluster C โดยใน cluster นี้ผู้ป่วยมีลักษณะเด่นที่ร่วมกันคือ anxiety หรือ fear

OCPD เป็นบุคลิกภาพ แปรปรวนแบบ เจ้าระเบียบ สมบูรณ์แบบ หรือยึดติด ยึดมั่น มีลักษณะขาดความมั่นใจ รู้สึกว่าทุกสิ่งทุกอย่างขาดตกบกพร่อง ทำให้เกิดความเกรงกลัวต่อบาป ความระมัดระวัง และความรอบคอบมากเกินไป เพื่อให้เกิดความมั่นใจ รวมทั้งมีความถือมั่นตันทุรัง hall mark ของ OCPD คือ pervasive preoccupation เกี่ยวกับ orderliness ,perfectionism และมี mental and interpersonal control (Table 1) ผลที่ตามมาของบุคลิกภาพลักษณะนี้ มีทั้ง มีความยากลำบากในการปรับตัวกับสถานการณ์ที่ต้องการความยืดหยุ่น ประณีประนอม ทำให้หน้าที่ด้านการงานอาชีพด้านสังคมเสื่อมสมรรถภาพ ตลอดจน เป็น personality type A ที่มีความเสี่ยงต่อ cardiovascular disease โดยเฉพาะ Myocardial infarction และอาจมี comorbidity ทางจิตเวชร่วม หรือตามมาได้

History

Sigmund Freud (ค.ศ. 1908-1924) ได้เฝ้าสังเกตดูผู้ป่วย OCPD พบว่ามีลักษณะเฉพาะ 3 อย่าง คือ orderliness (รวมทั้ง cleanliness และ conscientiousness) ,parsimoniousness และ obstinacy

Ernest Jones (ค.ศ. 1918-1938) กล่าวไว้คล้ายกันว่า OCPD มีลักษณะเฉพาะที่มีลักษณะ preoccupied เรื่อง cleanliness ,money และ time

ตาม psychoanalytic literature กล่าวว่า เป็นบุคลิกภาพที่มีลักษณะเป็น "anal character" (Millon 1981)

ใน European psychiatry Kretschmer และ Schneider (ค.ศ. 1920) ได้ใช้คำว่า "Anancastic personality disorder" และยังคงใช้ใน ICD-10

Epidemiology

Prevalence rate ของ OCPD ใน general population เท่ากับ 1% และใน psychiatric outpatients เท่ากับ 3-10% พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงเป็น 2 เท่า มักพบในญาติสายตรงมากกว่าประชากรทั่วไป และพบ Obsessive-Compulsive trait ใน monozygotic twins มากกว่าใน dizygotic twins

Comorbidity

ผู้ป่วย OCPD จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของ Major Depressive Disorder ,Anxiety Disorder ,Obsessive-Compulsive Disorder , Hypochondriasis และ Eating Disorder

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) นั้นแตกต่างจาก OCPD แต่อาจพบเป็น comorbid ได้ โดยใน OCD ยังพบ personality อื่นๆด้วย ในการศึกษาของ Bejerot S et.al 1998 ในผู้ป่วย OCD พบ 36% เป็น OCPD ส่วน Bear et.al 1990 พบ 6% และโดย Diaferia G et.al 1999 พบว่า OCPD พบในผู้ป่วย OCD มากกว่าภาวะ Panic และ MDD ใน study หนึ่งพบว่า personality ที่พบบ่อยสุดใน OCD คือ mixed personality disorder (Avoidant ,Dependent และ Passive-aggressive feature)

ความแตกต่างของ OCD กับ OCPD คือ OCD เป็นกลุ่มอาการ ไม่ใช่ character traits จะมี recurring unpleasant thoughts ซึ่งทำให้มี ritualistic behaviors เป็น ego-dystonic ซึ่งผู้ป่วยจะเห็นว่าอาการเป็นปัญหา และต้องการจะหายจากอาการดังกล่าว ส่วน OCPD เป็น life long pattern of behavior ที่เป็น ego-syntonic มักจะไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเดือดร้อน บางคนอาจประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน (high achievement) แต่ความสำเร็จก็ต้องจ่ายด้วยราคาแพง แต่จะมาด้วยคนรอบข้างกระตุ้นให้มารักษา เพราะคนอื่นอยู่ด้วยลำบาก

Major Depressive Disorder มีความสัมพันธ์กับ OCPD แต่ prevalence ยังไม่ชัดเจน ในผู้ป่วย OCPD จะเพิ่มการเกิด lifetime Depressive disorder ในการศึกษาหนึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์กับ low maternal care แต่ high maternal overprotection (Nordahl HM et.al 1997) ,Corruble E et.al 1996 review พบ MDD ในผู้ป่วย OCPD ค่อนข้างสูง (0-20%)

Eating disorder พบว่ามีความสัมพันธ์กับ OCPD และ OC traits

Hypochondriasis มี reviews โดย Starcevic V 1990 กล่าวถึงว่า ใน OCPD และ Hypochondriasis มีส่วนที่สำคัญที่เหมือนกัน คือมีประสบการณ์ของ vulnerable, insecurity, mistrust ใน oneself and others ทำให้ผู้ป่วยต้อง control ,search for security ,poor tolerance และ fear ต่อเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน ทำให้มี cognitive style ที่เฉพาะ (struggle for control) ซึ่งกล่าวว่าโรคทั้ง 2 เป็น "chronic disorder of the measure of control" แต่ต่างกันตรงที่มี Lower หรือ higher levels of intrapsychic integration

Clinical features

ผู้ป่วยใน OCPD มีลักษณะเจ้าระเบียบมาก (excessive orderly) ทุกอย่างจะต้องเป็นระเบียบแบบแผน ต้องทำให้เรียบร้อย ตรงต่อเวลาและละเอียดรอบคอบมาก (neat ,punctual ,over-organized ,over

conscientious) โดยผู้ป่วยจะยึดมั่นหรือยึดติดเกี่ยวกับกฎเกณฑ์ ข้อบังคับ ความมีระเบียบ ความปราณีต รายละเอียด ความสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) อย่างไม่ยืดหยุ่น (Inflexibility) การใส่ใจรายละเอียดต่างๆ มากเกินไป จนบ่อยครั้งทำให้มองข้ามจุดสำคัญไป จนไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จได้ ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับการฝ่าฝืนกฎ มีความสามารถในการอดทนทำงานได้นานๆจนขาดเวลาพักผ่อน และสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ต้องการความเปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้ป่วยไม่ยอมปรับตัว ดูเป็นทางการ จริงจัง ขาดอารมณ์ขัน

ผู้ป่วยมักจะมีอาการจำกัดใน interpersonal skill ค่อนข้างห่างเหินกับคนอื่น ไม่มีความสามารถในการประนีประนอม และยินยอมให้คนอื่นทำตาม และยอมรับความสามารถของตน

จะเห็นว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหา คือ การที่ต้องคอยควบคุมทุกอย่าง (overly concerned with control) ไม่ว่าจะเป็นรายละเอียดทุกอย่างของชีวิตตนเอง ซึ่งรวมทั้งอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง หรือกับผู้อื่น (Interpersonal control) ด้วยเหตุผลเพราะผู้ป่วยกลัวความผิดพลาด การอยู่นอกเหนือความควบคุม (out of control) ความไม่แน่นอน หรือความไม่ปลอดภัย (insecurity) เมื่อมีสิ่งที่มาบกรวนชีวิตประจำวัน หรือไม่เป็นดังที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวล และเดือดร้อนมาก

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีการใช้ฉายาที่ตระหนี่ถี่เหนียว มีความต้องการให้ผู้ที่ป่วยคิดว่าเหนือกว่า ถูกใจหรือพอใจ (authoritarian manner) ในการที่กลัวความผิดพลาด ผู้ป่วยจะทบทวนตรรกะตรงเกี่ยวกับการตัดสินใจเข้าไปซ้ำมา (Indecision) และยังมีมีโนธรรมสูง โดยขาดความยืดหยุ่นกับเรื่องศีลธรรม จรรยาบรรณ และค่านิยม

Differential Diagnosis

- Obsessive-Compulsive disorder
- Schizoid personality disorder
- Antisocial personality disorder
- Narcissistic personality disorder

Etiology

• Genetic Factors

มีการศึกษาในแง่ผลของพันธุกรรมต่อปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติในฝาแฝด 15,000 คู่ ใน USA พบ Obsessive-compulsive trait ใน monozygotic twins มากกว่าใน dizygotic twins และยังมี review ที่พบว่า genetic มีผลต่อ OCPD

• Biological Factors

อาจมีความสัมพันธ์กับ high central serotonergic function แต่จากลักษณะที่มี anxiety สูงจึง

สนับสนุนสมมติฐานที่แสดงว่ามี psychological และ behavioral mechanism เพื่อลด anxiety ในบางการศึกษาพบว่า familial aggression ในผู้ป่วย OCPD

• Psychological Factors

Psychodynamic understanding

Early psychoanalytic contributions

- Freud (1908-1959) ,Karl Abraham (1921-1942) ,John (1948) ,Menninger (1943) ,Wilhelm Reich (1933) กล่าวถึงว่าลักษณะ character traits ที่มีลักษณะคือรั้น (Obstinacy) ,ตระหนี่มัธยัสถ์ (parsimony) และ เจ้าระเบียบ (orderliness) มีความสัมพันธ์กับ Anal phase ใน Psychosexual development โดยผู้ป่วยจะมี regressive จาก Oedipal phase ซึ่งมี castration anxiety มาสู่ Anal phase ที่รู้สึกปลอดภัยกว่า ถูกผลักดันด้วย punitive superego โดย ego ใช้ characteristic defensive ซึ่งได้แก่ isolation of affect ,intellectualization ,reaction formation ,undoing และ displacement
- Rado (1959) กล่าวถึงตอนเด็กเกิดมี parental-child control struggles ในเรื่อง toilet training โดยเกิดความขัดแย้งระหว่าง infantile anal-erotic libidinal impulse ของเด็กกับความต้องการให้เด็ก socialize ของพ่อแม่ เด็กจะรับรู้ว่าคุณแม่ไม่ยอมรับ (parental disapproval) และยังเป็นเหตุให้มี power struggles กับคนอื่นตามมา
- Erikson 's psychosocial development theory. Parry and Vaillant 1989 อธิบายจากการพัฒนาในช่วง Autonomy versus Shame stage น่าจะมีบทบาทในการทำให้เกิดลักษณะผิดปกตินี้ โดยพ่อแม่ที่ excessive control ,criticism และ shaming อาจทำให้เด็กรู้สึก insecurity และมีกลไกป้องกันโดยใช้ perfectionism, orderliness และ maintain excessive control

More recent contributions (Gabbard 1985 ,Gabbard and Menniger 1988 ,Horowitz 1988 ,Shapiro 1965)

กล่าวถึงเรื่องอื่นที่นอกเหนือจาก anal phase ได้แก่ interpersonal element ,self-esteem ,manage of anger and dependency ,cognitive style และ problems of balancing work and emotional relationships

ใน OCPD จะมี self doubt ซึ่งทำให้เกิดปัญหา self-esteem ตามมา โดยเกิดจากการที่ในวัยเด็กไม่ได้รับ sufficiently value หรือ love จากพ่อแม่ หรือพ่อแม่อาจมีลักษณะ cold และ distant หรือในอีกทางเด็กอาจต้องการ reassurance และ affection มากกว่าเด็กทั่วไป เพื่อที่จะได้ sense of parental approval ผู้ป่วยจะมี strong unfulfilled dependent yearning และมีความโกรธต่อพ่อแม่ที่ไม่สามารถให้ emotional available ได้ เก็บไว้ เมื่อผู้ป่วยพบว่าตัวเองมี anger และ dependency ใน conscious จะไม่สามารถยอมรับได้ จึงใช้กลไกป้องกันทางจิตต่อต้านความรู้สึกเหล่านี้ โดยใช้ reaction formation ที่พยายามแสดงว่าตัวเอง independent ใช้ isolation of affect และพยายาม complete control over all anger โดยแสดงออกเป็น deferential และ obsequious

Intimacy relationship ก็เป็นปัญหาหนึ่งที่พบใน OCPD เพราะ intimacy อาจกระตุ้น wishes to be take care of ซึ่งเขาจะยอมรับไม่ได้ถ้าเกิดความผิดหวัง และยังทำให้เขากลับในเรื่อง out of control คนที่ใกล้ชิดหรือคนที่ผู้ป่วยรักมักจะบอกว่า ถูก control มากไป ความสัมพันธ์มักเกิดปัญหา ซึ่งอาจเกิดจาก fear of loosening others ด้วย ในคน OCPD จะมีความรู้สึกที่ว่าใครๆก็ไม่รัก คนอื่นไม่ยอมรับ ทำให้มี low self-esteem และจากมี high level of aggression และ intense destructive wish ซ่อนอยู่ ก็จะทำให้กลัวว่า destructiveness ของเขาจะทำให้คนอื่นจากไปจริงๆ และจากการที่ OCPD มีลักษณะ domineering ,hypercritical ,controlling กับคนที่ด้อยกว่า หรือ ingratiating และ obsequious จนเกินไปกับคนที่เหนือกว่า ก็จะทำให้คนอื่นหนีจากผู้ป่วยไปจริงๆ นั่นคือผู้ป่วยต้องการอย่างยิ่งคือ love และ approval แต่ก็รู้สึกไม่ได้สิ่งที่ต้องการเสียที

OCPD มีความต้องการที่จะสมบูรณ์แบบ (perfection) และไม่มีที่ติ (flawlessness) เพื่อที่จะได้มาซึ่ง approval และ esteem ที่เขาไม่เคยได้จากพ่อแม่ในวัยเด็ก เด็กเติบโตมาด้วยความรู้สึกว่ายังพยายามไม่

พอ (not doing enough) ซึ่งยังคงความรู้สึกนี้ถึง ในวัยผู้ใหญ่ การที่รู้สึกว่าพ่อแม่ไม่พอใจเสียที ก็ถูก internalize เป็น harsh superego ที่นับวันจะคาดหวังมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยหลายคนกลายเป็นคนบ้างาน (workaholic) เพราะมี แรงผลักดันจาก unconscious ที่เชื่อว่า love และ approval จะได้มาจากความพยายามที่ต้องประสบผลสำเร็จ และการเป็น perfectionist เท่านั้น ซึ่งความพยายามนี้ก็เพื่อให้พ้นจากความทรมานจาก superego นี้เท่านั้น แต่เขาก็จะไม่รู้สึกเป็นสุขกับ achievement นั้นเสียที

จาก dynamic ดังกล่าวเป็นพื้นฐานนำสู่ cognitive style ที่มีลักษณะเฉพาะ คือ ผู้ป่วยจะใช้ความคิดอย่าง ะมัดระวัง เต็มไปด้วย rational และ logical มี thought pattern ที่ rigid และ dogmatic เขาจะหวั่นกลัวต่อ สถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ จึงมีการ distraction โดยไม่แสดงออก ลักษณะดังกล่าว เป็นการ compensation ต่อ underlying self-doubt and ambivalence นอกจากนี้ cognitive style ของ OCPD ยังมีลักษณะ ที่สนใจรายละเอียด แต่ขาด flexibility หรือ spontaneity ซึ่งต้องใช้พลังงานอย่างมาก ดังนั้น ทุกอย่างต้องทำด้วยความพยายาม

ถึงแม้ว่าหลายคนที่มี OC personality จะมี high achievement แต่ในบางรายก็ไม่สามารถทำงานสำเร็จ เพราะจะตัดสินใจไม่ได้ในเรื่องเล็กๆน้อยๆ (indecision) และลืมนึกถึงวัตถุประสงค์หลักของงานนั้น ซึ่งมาจาก deep feeling of self-doubt

เมื่อเวลาผ่านไป ผู้ป่วยยังไม่สามารถทำสำเร็จได้ตาม hypertrophied superego คือ การที่มีความสมบูรณ์แบบ ก็อาจมี depression เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในวัยกลางคน

Treatment

Psychotherapy

- Individual Dynamic Psychotherapy
- Group Psychotherapy
- Behavior therapy

OCPD ตรงข้ามกับ OCD ที่ refractory ต่อ psychotherapy โดยใน OCPD จะได้ผลดี มี study หนึ่งที่พบว่า การทำ Dynamic psychotherapy ทำให้ผู้ป่วยมี improvement และหลังจากติดตามผลไปยังมีประโยชน์ และอีก study หนึ่ง หลังรักษามีผู้ป่วยยังได้รับการวินิจฉัยเดิม เพียง 15%

- **Individual dynamic psychotherapy**

Psychotherapeutic consideration

ต่างจากบุคลิกภาพผิดปกติอื่น เพราะผู้ป่วย OCPD มักรู้ตัวเองว่าทรมาน และแสวงหาการรักษา แต่ก็มี ความยากเพราะผู้ป่วยจะ intellectualization และ difficulty expressing emotion และมักต้องใช้เวลานาน ถึงแม้ว่าอย่างไรก็ตาม การทำ psychotherapy ใน OCPD นั้นก็ให้ผลคุ้มค่า และช่วยผู้ป่วยได้มาก

Resistance มักเกิดขึ้นใน therapeutic process เพราะผู้ป่วยจะมี unconscious threatens their sense of control ซึ่งอาจมี ความโกรธเกิดขึ้น แต่ผู้ป่วยจะใช้ resistance หลีกเลี่ยงความรู้สึก โดยไม่เต็มใจร่วมการ รักษา หรือบอกว่าการรักษาไม่ใช่สิ่งแปลกใหม่ มีการใช้ defense mechanism อีก ใน therapeutic session ได้แก่ isolation of affect ,intellectualization ,undoing ,reaction formation และ displacement เช่น พยายาม หลีกเลี่ยงความรู้สึกต่อ therapist โดยพูดถึงเรื่องในอดีตไกลๆ ไม่มี emotional reaction เมื่อ therapist กลับจาก พักร้อน อาจพูดคนเดียว 50 นาที หรือบอกว่าเขาคิดว่า therapist คงมีความสุข ซึ่งเป็นการใช้ reaction formation ผู้ป่วยหลายคนจะพยายามเป็น perfect patient โดยจะพยายามพูดถึงสิ่งที่คิดว่า therapist จะพอใจ เพราะมี unconscious fantasy ที่จะได้ love และ esteem ที่ไม่ได้รับในวัยเด็ก

ในการช่วยเหลือผู้ป่วย therapist ต้องดึงผู้ป่วยให้กลับมาที่ hear and now โดยให้มาสำรวจ recent event โดยเฉพาะที่เกิดกับ relationship with therapist โดยพิจารณา transference และ countertransference ที่เกิดขึ้น ร่วมกับเรียนรู้ถึง feeling ที่อยู่ภายใต้ behaviors นั้นๆ โดย confronting ,interpretating

Essential task คือ convey insight และ initial learning และ change โดยไม่ tug-of-war กับผู้ป่วย โดยใช้ technique identify, clarify และ altering defense pattern ที่ maintain neurosis ของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเริ่มยอมรับความเป็นคนของตนเอง มีความรู้สึกต่างๆได้โดยไม่ต้อง suppressed ,denied ,repressed หรือบอกว่าเป็นของคนอื่น ถ้าใน therapeutic process เกิด control หรือ tug-of-war หรือ hostility หรือ feeling อื่นๆ ขึ้นก็จะ confronted ในผู้ป่วยเห็นแล้วเกิดการเรียนรู้ การ confrontation ถึง unrealistic expectation of self ของผู้ป่วย จะต้องทำเป็นระยะๆ

Therapist จะต้องไม่ criticize และ judgment เพื่อผู้ป่วยจะได้ experience acceptance of self เมื่อผู้ป่วยสามารถ free,flexible และ open ต้องรับ reward และที่ควรระวังคือ การที่ therapist ไป control therapy และอาจไป reward เมื่อผู้ป่วย distract หรือ avoid feeling

Individual psychotherapy อาจใช้เวลานาน 2-3 ปี โดย session ละประมาณ 1 ชั่วโมง และ 1-2 session ต่อสัปดาห์

-Group therapy

ซึ่งใน dynamically oriented groups อาจช่วยผู้ป่วยให้สามารถรับรู้ถึง feeling ได้มากขึ้น และสามารถเรียนรู้การแสดงออกได้มากขึ้น และได้เรียนรู้วิธี coping ใหม่ ๆ

-Behavior therapy

บางครั้งอาจช่วยยับยั้ง หรือขัดจังหวะการแสดงออกหรือคำอธิบายที่ไม่เหมาะสม

Pharmacotherapy

- Benzodiazepine : Clonazepam การใช้ใน OCPO ยังไม่แน่นอน
- Anticonvulsant: Carbamazepine การใช้ใน OCPO ยังไม่แน่นอน
- Clamipramine และ SSRI : Fluoxetine 60-80 mg/d อาจได้ผล ถ้ามี Obsessive-compulsive sign and symptom

References

1. Kaplan HI,Sadock BJ. Personality disorder. Comprehensive textbook of psychratry 7th ed. Lippincott Williams Wilkin: Batimore; 2000
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Personality disorder. Synopsis of psychiatry 9th ed. William and Wilkins: Philadephia ; 2002
3. Gabbarb GO. Cluster C personalithy disorder. Psychodynamic psychiatry in clinical practice 3rd ed. American Psychiatric Press: Washington; 2000

4. Katharine AP, John GG. Personality disorder. The american psychirtric press textbook of psychiatry
5. Persoality disorder. Treatment of psychiatric disorder
6. Bejerot S, Ekselius L, Knornng L. Comorbidity between obsessive-compulsive disorder and personsality disorder. Acta Psychiatr Scand 1998 Jun; 97(6):398-402
7. Nordahl HM, Stile TC. Perceptions of parental bonding in patients with various personality disorder, lifetime depressive disorder, and healthy controls. J Personal Discard 1997 winter; 11(4):391-402
8. Diaferia G, Bianchi I, Biarchi ML, Cavedini P, Erazegoresi S, Bellodi L. Relationship between obsessive – compulsive disorder. Compr Psychiatry 1997 Jan-Feb; 38(1):38-42
9. Corruble E, Glinestet D, Guelift JD. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression : a review. J Affect Disord 1996 Apr 12; 37(2-3) : 157-70
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ ; 2542 : 250