

مقایسه ابعاد سرشتی - منشی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با افراد سالم

آیدا عبدالله زاده جدی^۱

دکتر تورج هاشمی نصرت آباد^۲

دکتر عباس بخشی پور^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه ابعاد سرشتی و منشی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با افراد عادی بود. به این منظور ۲۶ بیمار بستری مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و ۲۶ فرد سالم فاقد تشخیص روانپزشکی انتخاب و پرسشنامه ۱۲۵ سئوالی سرشت و منش کلونینجر را تکمیل نمودند. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که نمرات افراد مبتلا به اختلال PTSD در دو بعد آسیب پرهیزی و پاداش وابستگی و دو بعد منشی خودراهبری و همکاری متفاوت از افراد سالم است. این پژوهش راهگشای شناخت دقیق‌تر ابعاد زیربنای اختلال استرس پس از سانحه بوده و می‌تواند در بهبود روندهای درمانی این اختلال موثر واقع گردد.

کلید واژه‌ها: سرشت، منش، اختلال استرس پس از سانحه

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه تبریز Email: aida_abdaleh_zade@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

۳. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

مقدمه

استرس، بخشی جدایی ناپذیر از زندگی ماست و با در نظر گرفتن نرخ رو به افزایش حوادث تروماتیک مانند جنگ، تصادفات، حوادث صنعتی، جرایم و تجاوز؛ بیماریهای استرس مدار نیز روز به روز نرخ روبه افزایشی را نشان می‌دهند؛ برجسته‌ترین بیماری ناشی از تروما، اختلال استرس پس از سانحه^۱ PTSD می‌باشد.

اختلال استرس پس سانحه عبارت است از مجموعه‌ای از علائم نوعی که در پی مواجهه با حوادث آسیب‌زای زندگی پیدا می‌شود، فرد به صورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می‌دهد، واقعه را دائما در ذهن خود مجسم میکند و در عین حال می‌خواهد از یادآوری آن اجتناب کند. برای اینکه بتوان تشخیص این اختلال را مطرح کرد، علائم مزبور باید لااقل یک ماه طول کشیده باشد و بر حوزه‌های مهم زندگی بیمار نظیر حوزه‌های خانوادگی و شغلی او تاثیر چشمگیری نهاده باشد. فشاری که موجب PTSD میشود به قدری ناتوان‌کننده است که تقریبا هرکسی را از پا در می‌آورد. این فشار می‌تواند از تجربه جنگ، شکنجه، بلاهای طبیعی، حمله، تجاوز و سوانح جدی نظیر تصادف با ماشین و آتش سوزی ناشی شده باشد. اولین معرفی PTSD به عنوان یک تشخیص روانپزشکی در اواخر دهه ۱۹۸۰ انجام گرفت اما احتمالا این بیماری از زمانهای بسیار قدیم؛ از زمانیکه جنگ‌ها و حوادث تروماتیک در زندگی انسان بوده وجود داشته است (سادوک^۲ و سادوک، ۲۰۰۵).

میزان شیوع مادام العمر PTSD را حدود هشت درصد جمعیت عمومی می‌دانند و میزان بروز آن در طول عمر ۹ تا ۱۵ درصد تخمین زده می‌شود؛ که البته علاوه بر این رقم، پنج تا پانزده درصد دیگر از افراد نیز ممکن است دچار اشکال تحت بالینی این اختلال باشند. میزان شیوع مادام العمر این بیماری در گروههای پرخطر یعنی گروههایی که اعضایشان در معرض وقایع آسیب‌زا بوده‌اند در طیفی از پنج تا هفتاد و پنج درصد قرار دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). PTSD در هر سنی

1. post traumatic stress disorder

2. Sadock

ممکن است پیدا شود اما به دلیل موقعیت‌های تسریع‌کننده آن شایع‌ترین سن شروع اختلال اوایل بزرگسالی است. البته کودکان نیز ممکن است به این اختلال مبتلا شوند. زنان و مردان از نظر نوع آسیب‌هایی که مسبب این اختلال در آنها می‌شود و نیز از نظر آسیب‌پذیری برای ابتلا به PTSD با یکدیگر تفاوت دارند. میزان شیوع مادام‌العمر این اختلال در زنان به نحو چشمگیری بیشتر از مردان است. بصورت تاریخی و سنتی، آسیب مذکور در مورد مردان معمولاً وقایع جنگی است و در مورد زنان شایعتر از همه، مورد حمله یا تجاوز واقع شدن است. اختلال مزبور بیش‌تر از همه در کسانی اتفاق می‌افتد که مجرد، طلاق گرفته، بیوه، منزوی از اجتماع، یا دارای سطح اجتماعی-اقتصادی پایین هستند. مع الوصف مهمترین عوامل خطر ساز در پیدایش این اختلال عبارتند از شدت، مدت و نزدیکی فرد با حادثه آسیب‌زای واقعی. به نظر می‌رسد یک الگوی خانوادگی برای این اختلال وجود دارد، به گونه‌ای که بستگان زیستی افرادی که سابقه افسردگی دارند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به PTSD متعاقب یک حادثه آسیب‌زا قرار دارند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

در بحث سبب‌شناسی اختلال، PTSD تنها اختلالی است که از اتیولوژی آن مطمئن هستیم: فرد یک تروما را تجربه می‌کند و بدنبال آن، اختلال شکل می‌گیرد؛ البته گسترش و شدت نشانه‌های بیماری به عوامل زیستی، روانی و اجتماعی فرد آسیب دیده بستگی دارد (بارلو^۱ و دوراند^۲، ۲۰۰۲). در این مبحث عامل فشار به عنوان مهم‌ترین عامل معرفی می‌شود؛ اما وقتی واقعه آسیب‌زایی رخ می‌دهد، همه افراد دچار PTSD نمی‌شوند؛ یعنی برای ایجاد این اختلال، عامل فشار لازم است اما کافی نیست. زمینه‌های قبلی زیستی و روانی-اجتماعی فرد، و اتفاقاتی که قبل و پس از آسیب روی می‌دهد؛ همگی باید مد نظر بالینگر باشد. وجود عوامل خطر سازی چون سابقه آسیب در دوران کودکی، صفات مربوط به اختلال شخصیت مرزی، پارانوئید، وابسته یا ضد اجتماعی، ناکافی بودن نظام

1. Barlow
2. Durand

حمایتی از جانب خانواده، جنسیت مؤنث، آسیب‌پذیری ارثی به بیماریهای روانی، تغییرات پراسترس اخیر در زندگی، سابقه اخیر افراط در مصرف الکل، می‌توانند در بروز این اختلال نقش داشته باشند. عوامل روانپوشی، عوامل شناختی- رفتاری و عوامل زیستی نیز از جمله موارد مطروحه در سبب‌شناسی این اختلال می‌باشند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

با وجود عوامل متعدد مطروحه در زمینه سبب‌شناسی اختلال PTSD، هنوز مطالعات در زمینه شناخت دقیق‌تر عوامل دخیل در پیدایش و گسترش اختلال ادامه دارد، در این میان ظهور نظریه سرشتی- منشی کلونینجر (۱۹۸۷) به بخشی از این چالش‌ها، روشنگری بخشیده و راه را برای ارائه مدل تشخیصی نوین باز کرده است.

کلونینجر^۱ مدل عمومی برای شخصیت بهنجار و نابهنجار را ارائه داده است. مدل عصبی- زیستی او جنبه‌های ژنوتایپی شخصیت را بررسی می‌کنند و شامل چهار بعد سرشتی و سه بعد منشی می‌باشد. ابعاد سرشتی به سوگیری‌های بدن در تعدیل پاسخ‌های رفتاری در مقابل محرک‌های محیطی اشاره دارد و شامل چهار بعد آسیب‌پرهیزی^۲، نوجویی^۳، پاداش وابستگی^۴ و پشتکار^۵ می‌باشد. ابعاد منشی به تفاوت‌های فردی در مفهوم خود و روابط شیء‌ای اشاره دارد که منعکس‌کننده‌ی اهداف و ارزش‌های فردی می‌باشد و شامل سه بعد خود راهبری^۶، همکاری^۷ و خود فراروی^۸ می‌باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). تفاوت‌های فردی در این ابعاد، پروفایل شخصیتی خاص فرد را می‌سازد. به نظر کلونینجر ترکیب‌های خاص ابعاد، باعث ظهور اختلال خاصی میشوند. از آزمون سرشتی- منشی کلونینجر^۹ (TCI) می‌توان برای تشخیص اختلالات و نیز بررسی

1. Cloninger
2. harm Avoidance (HA)
3. novelty Seeking (NS)
4. reward Dependence (RD)
5. persistance (P)
6. self Directedness (SD)
7. co Operativeness (CO)
8. self Transfrance (ST)
9. Temperament and Character Inventory

وضعیت بلوغ روانی فرد استفاده نمود؛ ترکیب نمرات پایین در ابعاد منش و نمرات بالا در ابعاد سرشت، عدم بلوغ فراگیر شخصیت را می‌رساند. چنین افرادی معمولاً نابالغ، غیر منطقی، واکنشی و بی ثبات هستند. هر قدر نمرات افراد در ابعاد منش افزایش یابد و تعادل بیشتری در نمرات سرشت داشته باشند، بر میزان بهداشت روانی و بلوغ و بالندگی افزوده می‌شود (شوراکیک^۱، وایتهد^۲، پریزبک^۳ و کلونینجر، ۱۹۹۳).

پژوهش‌های انجام پذیرفته بر روی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نشان‌دهنده‌ی نمرات بالای آسیب‌پرهیزی و خودفراروی در این بیماران و نمرات پایین خودراهبری و همکاری در مقایسه با افراد عادی می‌باشد (یون^۴، های یونگ^۵، کانگ^۶ و تی یان یون^۷، ۲۰۰۹؛ نورث^۸ و همکاران ۲۰۰۸؛ قاضی نور^۹، ریچتر^{۱۰} و ایثمن^{۱۱}، ۲۰۰۳؛ قاضی نور، ریچتر، امامی^{۱۲} و ایثمن، ۲۰۰۳). تاکنون مطالعه‌ای در مورد بررسی ابعاد سرشتی و منشی بیماران مبتلا به اختلال PTSD در ایران منتشر نشده است.

با توجه به اهمیت این اختلال و محدودیت مطالعات انجام پذیرفته در این زمینه، پژوهش حاضر می‌تواند راهگشای تبیین و فهم بهتر این اختلال در چارچوب مدل زیستی - روانی شخصیت باشد. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی ابعاد سرشتی و منشی شخصیت افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و مقایسه این ابعاد در افراد مبتلا با افراد سالم به انجام رسید.

-
1. Svrakic
 2. Whitehead
 3. Przybeck
 4. Yoon
 5. Hye young
 6. Kong
 7. Tea-youngjun
 8. North
 9. Ghazinour
 10. Richter
 11. Eisemenn
 12. Emami

روش پژوهش

در این مطالعه علی-مقایسه‌ای با استفاده از پرسشنامه ۱۲۵ سئوالی کلونینجر^۱ (TCI-125)، هفت بعد سرشتی و منشی بیماران مبتلا به PTSD و افراد عادی مورد مقایسه قرار گرفته است. متغیرهای مقایسه‌ای شامل چهار بعد سرشتی: آسیب‌پرهیزی، نوجویی، پاداش وابستگی و پشتکار و سه بعد منشی: خودراهبری، همکاری و خودفراروی است. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش، بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افراد فاقد تشخیص روانپزشکی بود. نمونه مورد مطالع شامل ۲۶ بیمار مرد مبتلا به PTSD و ۲۶ فرد فاقد تشخیص روانپزشکی بود. افراد مبتلا به PTSD از بین بیماران بستری در بیمارستان‌های فجر و رازی تبریز بصورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، محدوده سنی بیماران مورد مطالعه ۳۰-۵۵ سال بود و وضعیت تحصیلی آنان بر حسب سالهای تحصیلی بین ۵ تا ۱۲ سال بود. معیارهای ورودی بیماران شامل تشخیص روانپزشک مبتنی بر وجود اختلال PTSD و رضایت بیمار جهت شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل وجود اختلال همزمان در محور II، عقب‌ماندگی ذهنی و نیز وجود بیماری جسمی شدید بود. گروه سالم از بین همراهان و افرادی که برای ملاقات بیماران به بیمارستان مراجعه می‌کردند، انتخاب شدند. این گروه شامل ۲۶ مرد فاقد سابقه تشخیص روانپزشکی بود که از لحاظ سنی و تحصیلی با گروه بیمار هم‌متا شده بودند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش آزمون سرشتی-منشی کلونینجر ((TCI-125): می‌باشد. پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر شامل ۱۲۵ جمله است که فرد با پاسخ صحیح-غلط به گزینه‌ها، آزمون را تکمیل می‌نماید. این پرسشنامه دارای چهار مقیاس سرشت شامل نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش-وابستگی و پشتکار و سه مقیاس منش شامل همکاری، خود-راهبری و خود فراروی می‌باشد (کلونینجر، پریزبک و شوراکیک، ۱۹۹۴). این آزمون برای نخستین بار توسط کاویانی در ایران، مورد استفاده قرار گرفته است (کاویانی، ۱۳۸۶). ضریب پایایی گزارش شده برای

نسخه ایرانی به شرح زیر می‌باشد: نوجویی ۰/۹۶٪، آسیب پرهیزی ۰/۹۱٪، پاداش-وابستگی ۰/۶۱٪، پشتکار ۰/۷۶٪، همکاری ۰/۹۵٪، خود راهبری ۰/۸۵٪ و خود فراروی ۰/۸۸٪ (کاویانی، ۱۳۸۶).

شیوه گردآوری داده‌ها: بیماران مبتلا به PTSD پس از مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک و کسب ملاک‌های ورود به آزمون به پژوهشگر ارجاع داده می‌شدند. پس از کسب رضایت بیماران، از شرکت کنندگان خواسته می‌شد که پس از خواندن هر جمله بر حسب شرایط و خصوصیات خود در پاسخنامه جواب بلی یا خیر را علامت‌گذاری نمایند. اجرای آزمون بصورت فردی بود تا در صورت نیاز، آیتم‌ها برای شرکت کنندگان توضیح داده شوند. محدودیت زمانی برای پاسخگویی به پرسشنامه وجود نداشت. روند اجرای آزمون برای گروه افراد فاقد پیشینه روانپزشکی نیز به همین صورت بطور فردی و بدون محدودیت زمانی بود.

یافته‌ها

جهت بررسی و تحلیل داده‌ها ابتدا شاخص‌های مرکزی و پراکندگی دو گروه مورد تحلیل قرار گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۱ قابل مشاهده است، در ادامه جهت بررسی معنی‌داری تفاوت‌های بدست آمده از داده‌های دو گروه مورد مطالعه از روش تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون HSD توکی جهت مقایسه زوجی استفاده شد که نتایج این آزمون‌ها در جدول ۲ قابل مشاهده است ($\alpha = 0/001$).

جدول ۱. شاخص‌های پراکندگی و مرکزی و تحلیل واریانس چندمتغیره دو گروه در ابعاد سرشتی و منشی

گروه	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	شاخص F	سطح معنی‌داری
بیمار عادی	نوجویی	۷/۳۰۷	۳/۶۱ ۲/۳۶	۰/۰۰۰۱	۱/۰۰۰
بیمار عادی	آسیب پرهیزی	۱۲/۹۲	۵/۴۸ ۲/۶۲	۲۰/۱۰۲	۰/۰۰۱
بیمار عادی	پاداش وابستگی	۷/۲۳	۲/۴۰ ۲/۷۵	۲۱/۷۲	۰/۰۰۱

گروه	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	شاخص F	سطح معنی داری
بیمار عادی	پشتکار	۲/۳۰ ۲/۵۳	۱/۳۷ ۰/۹۸	۰/۴۸	۰/۴۹۱
بیمار عادی	خودراهبری	۱۰/۳۸ ۱۶/۷۳	۳/۸۲ ۲/۷۷	۴۶/۸۰	۰/۰۰۱
بیمار عادی	همکاری	۱۰/۲۶ ۱۸/۹۲	۵/۱۸ ۲/۰۹	۶۲/۳۳	۰/۰۰۱
بیمار عادی	خودفرازی	۹/۵۰ ۸/۷۳	۲/۸۰ ۲/۷۷	۰/۹۸	۰/۳۲۵

جدول ۲. آزمون HSD برای مقایسه‌های زوجی

متغیر مستقل	گروه منبع	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی داری
نوجویی	استرس	عادی	۱/۰۷۴	۰/۸۹۲	۱/۰۰۰
آسیب‌پرهیزی	استرس	عادی	*۵/۳۴۶	۱/۰۶۶	۰/۰۰۱
پاداش وابستگی	استرس	عادی	*-۳/۳۴۶	۰/۷۵۰	۰/۰۰۱
پشتکار	استرس	عادی	-۰/۲۳۱	۰/۳۵۱	۰/۵۱۲
خودراهبری	استرس	عادی	*-۶/۳۴۶	۰/۹۰۶	۰/۰۰۱
همکاری	استرس	عادی	*-۸/۵۶۴	۱/۱۸۷	۰/۰۰۱
خودفرازی	استرس	عادی	۰/۷۶۰	۰/۷۴۷	۰/۳۰۷

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود؛ افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در دو بعد سرشتی آسیب‌پرهیزی و پاداش وابستگی و دو بعد منشی خودراهبری و همکاری تفاوت معنی‌داری با افراد عادی نشان داده‌اند. در بعد سرشتی آسیب‌پرهیزی این تفاوت بصورت نمرات بالاتر در افراد مبتلا دیده می‌شود بدین ترتیب افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نمرات بالاتری در بعد آسیب‌پرهیزی نشان داده‌اند. اما در بعد سرشتی پاداش وابستگی و نیز دو

بعد منشی خودراهبری و همکاری افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در مقایسه با افراد عادی بطور معنی داری نمرات پایین تری کسب نموده‌اند.

نتیجه‌گیری

با وجود سهم حتمی و اساس تجربه تروماتیک در اختلال PTSD، اینکه فرد پس از پشت سر گذاردن تروما به اختلال مبتلا شود یا خیر؛ موضوعی کاملاً پیچیده است و با مولفه‌های زیستی و روانی و اجتماعی مرتبط می‌باشد (بارلو و دوراند ۲۰۰۲). در مطالعه‌ای که توسط فوی، رزنیک و همکاران (۱۹۸۷) بر روی زندانیان جنگی انجام گرفت نشان داده شد که ۶۷ درصد زندانیان به PTSD مبتلا شدند؛ این بدین معنی است که ۳۳ درصد این افراد با وجود پشت سر گذاردن ترومای مشابه به اختلال مبتلا نگشتند (فوی^۱، رزنیک^۲، اسپیرلا^۳، کارول^۴، ۱۹۸۷). مطالعات این چنینی باعث توجه محققان به عواملی علاوه بر تروما از جمله آسیب‌پذیریهای بیولوژیکی و روانشناختی در ایجاد و گسترش اختلال گردیدند (بارلو و دوراند، ۲۰۰۲).

مدل عصبی-زیستی کلونینجر معتقد به وجود سامانه‌های سرشتی مستقل در مغز جهت فعال‌سازی، تداوم و بازداری رفتار در پاسخگویی به گروه‌های معینی از محرک‌هاست (کاوایانی، ۱۳۸۶). تفاوت‌های فردی در ابعاد سرشتی شکل‌دهنده‌ی فرآیند پردازش اطلاعات حسی و شکل‌دهنده‌ی مولفه‌های یادگیری‌های نخستین بویژه شرطی‌سازی پاسخی‌های رفتاری ناهشیار می‌باشد. سرشت به عنوان سوگیری ارثی در هیجان‌ات و یادگیری، مفهوم بندی شده که زیربنا و اساس اکتساب صفات رفتاری اتوماتیک و هیجان مدار می‌باشد. ابعاد منشی شامل تفاوت‌های فردی در مفهوم خود و منعکس‌کننده‌ی اهداف و ارزش‌های فردی می‌باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵).

-
1. Foy
 2. Resnick
 3. Sipperelle
 4. Carrol

بررسی ابعاد سرشت و منش اختلالات می‌تواند روشنگر زمینه‌سازهای بیولوژیکی و محیطی در ایجاد اختلال باشد. با توجه به نتایج بدست آمده در تحلیل آماری، بعد سرشتی آسیب‌پرهیزی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بطور معنی‌داری بالاتر از افراد عادی است که این یافته با نتایج پژوهش‌های یون و همکاران (۲۰۰۹)، نورث و همکاران (۲۰۰۸) و قاضی‌نور و ریچتر و همکاران (۲۰۰۳) و نیز قاضی‌نور و ریچتر و امامی (۲۰۰۳) هماهنگ می‌باشد. توضیح این که، نمرات آسیب‌پرهیزی بالا، دلالت بر فردی محتاط، نگران و مشوش دارد که به آسانی عصبی شده و دچار احساس تردید، ترس و ناایمنی بالایی است. این افراد منفی‌گرا و بدبین هستند، سطح انرژی آنان پایین است و احساس خستگی و ناتوانی مزمن دارند که این ویژگی‌ها با ملاک‌های تشخیصی مطرح شده برای اختلال استرس پس از سانحه از جمله: واکنش‌های توأم با ترس و درماندگی و وحشت شدید، کم‌علاقگی و کاهش توجه به امور مهم، بدبینی و احساس بعید دانستن همه چیز، تحریک‌پذیری و فوران خشم و گوش‌بزرگی هم‌راستا بوده و درک این تفاوت ابعادی را در چارچوب نظری تسهیل می‌نماید. در بعد نوجویی تفاوت معنی‌دار بین گروه بیماران مبتلا به PTSD و افراد عادی دیده نشد که این یافته با یافته‌های پژوهش‌های یون و همکاران (۲۰۰۹)، نورث و همکاران (۲۰۰۸) و قاضی‌نور و همکاران (۲۰۰۳) هماهنگ می‌باشد. با توجه به اینکه کرختی در مقابل محرک‌های محیطی بویژه محرک‌های مرتبط با تروما و بی‌علاقگی به امور مهم از ویژگی‌های بارز افراد مبتلا به PTSD می‌باشد و با در نظر گرفتن این واقعیت که نوجویی سرشتی شامل رفتارهای هیجان‌خواهانه، کاوشگری و علاقه به تغییرات و محرکات جدید می‌باشد، بنابراین بالا نبودن این صفت سرشتی در افراد مبتلا به PTSD به وضوح قابل درک است.

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده نمرات پایین پاداش وابستگی در افراد مبتلا به PTSD می‌باشد. با در نظر گرفتن این واقعیت که پاداش وابستگی بعدی سرشتی است که دلالت بر تمایل فرد به ایجاد روابط گرم اجتماعی دارد و نمرات پایین نشان‌دهنده‌ی تمایل فرد به تنهایی و فاصله‌گیری از دیگران است و نیز با

توجه به بی‌علاقگی بیماران مبتلا به PTSD به رابطه با دیگران و احساس دلگسستگی و غریبگی در میان دیگران، نمرات پایین در بعد پاداش وابستگی به خوبی در چارچوب مدل نظری سرشتی منشی قابل تبیین می‌باشد. البته این یافته پژوهشی در پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش یون و همکاران (۲۰۰۹)، نورث و همکاران (۲۰۰۸) و قاضی نور و همکاران (۲۰۰۳) گزارش نشده است. در تبیین این تفاوت یافته‌ای می‌توان به احتمال تاثیر تعداد محدود نمونه و نیز شدت نشانگان بیماران PTSD که همگی بیماران بستری با نشانگان شدید بودند، اشاره نمود. در بعد سرشتی پشتکار هیچ تفاوت معنی‌داری بین گروه بیماران PTSD با افراد عادی دیده نشد که این یافته با یافته‌های پژوهش‌های پیشین هماهنگ است و نشانگر عدم تاثیر و نقش این بعد سرشتی در اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد.

در بعد منشی خودراهبری، افراد مبتلا به PTSD بطور برجسته‌ای نمرات پایین‌تری از افراد عادی کسب نمودند. خود راهبری پایین که از سوی بالینگران به عنوان یکی از مولفه‌های اساسی اختلالات شخصیت شناخته می‌شود (کلونینجر، شوراکیک و پرریزیک، ۱۹۹۳)، نشان‌دهنده ضعف و شکنندگی فرد در مقابل مسائل زندگی و ناتوانی فرد در انسجام بخشی و هدایت امور شخصی می‌باشد. با توجه به افت عملکرد و اختلال در کارکردهای اجتماعی، شغلی و سایر حوزه‌های مهم زندگی فرد مبتلا به PTSD، این یافته به خوبی از دیدگاه نظری قابل فهم می‌باشد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش یون و همکاران (۲۰۰۹)، نورث و همکاران (۲۰۰۸) و قاضی نور و همکاران (۲۰۰۳) هم راستا می‌باشد.

نمرات پایین همکاری در افراد مبتلا به PTSD نشانگر ناشکیبایی و احساس خصومت و انتقام‌گیری در این افراد می‌باشد. همکاری پایین در مطالعات پیشین انجام‌گرفته بر روی بیماران PTSD نیز بدست آمده است و این یافته با نتایج پژوهش‌های یون و همکاران (۲۰۰۹)، نورث و همکاران (۲۰۰۸) و قاضی نور و همکاران (۲۰۰۳) هم راستا می‌باشد. همچنین از نظر بالینی و نظری با دلگسستگی و احساس غربت این افراد با سایرین قابل درک می‌باشد. نمرات خودفراروی بالا

در پژوهش‌های پیشین انجام گرفته بر روی بیماران PTSD از جمله پژوهش‌های یون و همکاران (۲۰۰۹)، نورث و همکاران (۲۰۰۸) و قاضی نور و همکاران (۲۰۰۳)، گزارش شده است اما در پژوهش حاضر افراد مبتلا به PTSD در این بعد تفاوتی با افراد عادی نشان ندادند. در تبیین این تفاوت یافته‌ای یکی از دلایل می‌تواند محدودیت تعداد نمونه باشد و همچنین شدت نشانگان بیماران بستری که با حالات فراغت و روحانی توصیف شده در صفت خودفراروی هماهنگ نمی‌باشد نیز می‌تواند از علل احتمالی مطرحه در این زمینه باشد.

بررسی ابعاد سرشت و منش اختلالات با روشن نمودن زمینه‌های آسیب‌پذیری احتمالی، امکان شناسایی گروه در معرض خطر و به دنبال آن انجام پیش‌گیری‌های اولیه توسط آموزش مهارت و سایر پیش‌گیری‌ها را فراهم می‌نماید. از سویی با توجه به اینکه بالا بودن نمرات آسیب‌پذیری و خودراهبری پیش‌بینی‌کننده‌ی پاسخ ضعیف‌تر به دارودرمانی و روان‌درمانی می‌باشد (ملایری، کاویانی، اسعدی و حسینی، ۱۳۸۷)؛ شناسایی این ابعاد می‌تواند در بهبود روند درمان و ایجاد روشهای درمانی نوین برای اختلال یاری رسان باشد.

خودگزارشی بودن ابزار مورد استفاده در پژوهش و نیز بستری بودن بیماران که احتمال تاثیر داروها و شدت نشانگان بر روند پاسخدهی به آزمون را تحت تاثیر قرار می‌داد، از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌باشند که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از حجم نمونه بالاتر و بیماران سرپایی استفاده شود؛ از طرفی انجام پژوهش بر روی نمونه گروه‌های مختلف تروما از جمله قربانیان سوانح طبیعی، تصادفات، جنگ و نیز خشونت‌های انسانی می‌تواند نتایج درخور توجهی را در زمینه ارتباط ابعاد زیربنایی شخصیت با تاثیر پذیری از تروماهای گوناگون بدست دهد.

منابع

- سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی. ترجمه: دکتر فرزین رضاعی. (۱۳۸۷). تهران: انتشارات ارجمند، جلد دوم.

- کاویانی، حسین. (۱۳۸۶). *نظریه زیستی شخصیت*. تهران: انتشارات مهر کاویان.
- علی ملایری، نوشین؛ کاویانی، حسین؛ اسعدی، سید محمد؛ فرید حسینی، فرهاد (۱۳۸۷).
*ارزیابی ابعاد شخصیت بر اساس پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر TCI-125 در بیماران
مبتلا به اختلال شخصیت مرزی*. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران،
دوره ۶۶، شماره ۹، آذر، ۶۳۸-۶۳۳.

- Barlow, David H & Durand, V. (2002). *Abnormal psychology: an integrative approach*. 3rd ed. Canada: Wadsworth
- Cloninger, C. R. , Pryzbeck, T. R. , Svrakic, D. M. , Wetzel, R. D. (1994). *The temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality, St. Louis, MO.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Pryzbeck, T. R. (1993). *A Psychobiological model of temperament and character*. *Archive of General Psychiatry*, 50, 975-989.
- Foy, d. W., Resnick, H. S., Sippelle, R., Carrol, E. M. (1987). *Premilitary, military and post military factors in the development of combat related posttraumatic stress disorder*. *The Behavior Therapist*, 10, 3-9.
- Ghazinour, M. , Richter, J. , Eisemann, M. (2003). *Personality related to coping and social support among Iranian refugees in Sweden*. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 191, 595-603.
- Ghazinour, M., Richter, J., Emami, H., Eisemann, M. (2003). *Do parental rearing and personality characteristics have a buffering effect against psychopathological manifestation among Iranian refugees in Sweden*. *Nord Journal of Psychiatry*, 57, 419-428.
- North, C. S., Hong, B. A., Suris, A., Spitzangel, E. L. (2008). *Distinguishing distress and psychopathology among survivors of the Oakland/ Berkeley firestorm*. *Psychiatry*, 71, 35-45.
- Sadock, BJ & Sadock VA. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*, Vol 1. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Svrakic, D. M. , Whitehead, C. , Przybeck, T. R. , Cloninger, C. R. (1993). *Differential diagnosis of personality disorders by the seven factor model of temperament and character*. *Archive of General Psychiatry*, 50, 991-999.
- Yoon, S. J., Jun, CH. S., Hye young An, Kang, H. R. , Tae-Youn Jun. (2009). *Patterns of temperament and character in patients with post traumatic stress disorder and their association with symptom severity*. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 226-231.