

## مقاله پژوهشی اصیل

# الگوی سرشت و منش در افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی و مقایسه آن با هنجار جامعه ایران

### دکتر فرهاد فرید حسینی<sup>۱</sup>

گروه روانپزشکی و روانشناسی بالینی، بیمارستان  
روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### دکتر حسین کاویانی

گروه روانپزشکی و روانشناسی بالینی، بیمارستان  
روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### دکتر سیدمحمد اسعدی

گروه روانپزشکی و روانشناسی بالینی، بیمارستان  
روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### دکتر نوشین علی ملایری

گروه روانپزشکی و روانشناسی بالینی، بیمارستان  
روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### محمدرضا مقدس بیات

مرکز مشاوره و مراقبت بعد از خروج

**هدف:** مطالعه حاضر کوشیده است تا با ارزیابی ابعاد سرشت و منش در مبتلایان به اختلال شخصیت ضداجتماعی و مقایسه آن با نمونه هنجار، تصویر روشن‌تری از این اختلال ارائه دهد. **روش:** در یک بررسی مقطعی، ۲۴ مرد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی بر اساس مصاحبه بالینی SCID-II انتخاب شدند. میزان اضطراب و افسردگی به‌عنوان متغیر همپراش به کمک پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک سنجیده شد. ابعاد مختلف سرشت و منش نیز با استفاده از پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر ارزیابی شد. **یافته‌ها:** نمرات نوجویی و آسیب‌پرهیزی بالاتر و نمره پشتکار، خودراهبری و همکاری پایین‌تر از هنجار جامعه ایران بود. نمرات پاداش وابستگی و خودفراروی با نمونه هنجار جامعه تفاوت معنی‌داری نداشت. ارتباط مثبت معنی‌داری بین آسیب‌پرهیزی و اضطراب بک وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** نمرات پایین در ابعاد منش نشانه تکامل ضعیف‌تر منش و تأکیدکننده وجود اختلال شخصیت است. نمره نوجویی بالا و پشتکار پایین (از ابعاد سرشت) نشان از تعلق گروه مورد مطالعه به کلاستر B از اختلالات شخصیت دارد. نمرات بالای آسیب‌پرهیزی و میزان طبیعی پاداش‌وابستگی با مطالعات قبلی ناهمخوان است که مهمترین علت احتمالی آن، علاوه بر حجم کم نمونه، می‌تواند مربوط به وجود افراد با خصوصیات سایکوپاتی ثانویه و وجود اضطراب در نمونه‌های بالینی باشد که بر بعد آسیب‌پرهیزی اثر می‌گذارد.

کلیدواژه‌ها: پرسشنامه سرشت و منش، اختلال شخصیت ضداجتماعی، سایکوپاتی ثانویه

## مقدمه

کلونینجر<sup>۲</sup> یکی از نظریه‌پردازان زیستی شخصیت است که با نگاه و تأکید بر پارامترهای زیست‌شناختی، چهارچوب نظری محکمی را در دو زمینه سرشت و منش پدید آورده و پرسشنامه سرشت و منش<sup>۳</sup> را طراحی کرده است.

کلونینجر (۱۹۸۷، ۱۹۹۱) در مدل عصبی-زیستی خود مطرح کرده است که سامانه‌های سرشتی در مغز دارای

سازمان‌یافتگی کارکردی<sup>۴</sup> و متشکل از سامانه‌های متفاوت و مستقل از یکدیگر برای فعال‌سازی، تداوم و بازداری رفتار در پاسخگویی به گروه‌های معین از محرک‌ها هستند. فعال‌سازی رفتاری در پاسخ به محرک‌های نو<sup>۵</sup> و نشانه‌های پاداش و رهایی از تنبیه است. بنابراین تفاوت‌های فردی در چنین قابلیت «نوجویی»<sup>۶</sup> نامیده می‌شود. بازداری رفتاری در پاسخ به محرک‌های تنبیه یا نبودن پاداش است. تفاوت‌های

2- Cloninger 3- Temperament Character Inventory  
4- functionally organized 5- novel stimuli  
6- novelty seeking

۱- نشانی تماس: تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع)، بخش روانپزشکی  
Email: farhad.faridh@gmail.com

است و تنها به توصیف اختلالات شخصیت می‌پردازند؛ در حالی که تشخیص‌های مطرح‌شده می‌توانند پایایی ضعیفی داشته باشند و این رویکرد توصیفی صرف به فهم عوامل سبب‌شناختی و زمینه‌ساز اختلال کمک نمی‌کند (کلونینجر، ۲۰۰۵).

در مطالعات قبلی شخصیت به‌عنوان یک مجموعه پیچیده تطابقی توصیف شده است که در تعامل حوزه‌های مختلف سرشت و منش شکل می‌گیرد (کلونینجر، شوراکیک و پرزبیک<sup>۹</sup>، ۱۹۹۳). فهم ساختار ابعادی<sup>۱۰</sup> طبقه‌بندی‌های تشخیصی موجود می‌تواند در تشخیص اختلالات شخصیت و افتراق آنها از یکدیگر کمک‌کننده باشد که این موضوع در مطالعات غربی با استفاده از پرسشنامه TCI<sup>۱۱</sup> روی بیماران بستری و سرپایی به اثبات رسیده است (شوراکیک، وایتهد<sup>۱۲</sup>، پرزبیک و کلونینجر، ۱۹۹۳، شوراکیک و همکاران، ۲۰۰۲). در واقع کاربرد پرسشنامه معتبر TCI می‌تواند یکی از مشکلات بالینی روانپزشکی در ایران، یعنی سنجش شخصیتی را تا حدودی حل کند.

TCI در ایران اعتباریابی و هنجارسازی شده است (کاویانی و پورناصح، ۱۳۸۴). کاربرد این پرسشنامه در کارهای بالینی می‌تواند برای بسیاری از مشکلات تشخیصی راهگشا باشد. با تحقیق روی جمعیت بالینی از جمله افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، می‌توان نیمرخ بالینی را به‌دست آورد و به متخصصان بالینی یاری رساند. پژوهش حاضر به‌عنوان اولین پژوهش روی جمعیت بالینی در ایران، سعی در به‌دست آوردن نیمرخ بالینی افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی داشت.

## روش

بیماران سرپایی و بستری مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی مراجعه‌کننده به بیمارستان روزبه و افراد

فردی در قابلیت وقفه یا بازداری رفتاری<sup>۱</sup>، آسیب‌پرهیزی<sup>۲</sup> نامیده می‌شود. از سوی دیگر رفتاری که با پاداش تقویت می‌شود، معمولاً تا مدتی پس از قطع پاداش ادامه می‌یابد. کلونینجر، تفاوت‌های فردی در تداوم پاسخ پس از قطع پاداش را پاداش‌وابستگی<sup>۳</sup> نامگذاری کرد. بدین ترتیب کلونینجر این سه بعد را که هر یک دارای چهار مقیاس فرعی هستند به‌علاوه بعد چهارم یا پشتکار<sup>۴</sup> که فاقد زیرمقیاس است در قسمت سرشت معرفی کرد (کلونینجر، ۱۹۸۷، ۱۹۹۱).

کلونینجر (۱۹۹۴) سه بعد برای منش در نظر می‌گیرد. بعد خودراهبری<sup>۵</sup> بر پایه پنداشت از خویشتن به‌عنوان یک فرد مستقل و دارای زیرمجموعه‌های وحدت، احترام، عزت، تأثیربخشی، رهبری و امید، تعریف شده است. همچنین بعد همکاری<sup>۶</sup> بر پایه پنداشت از خویشتن به‌عنوان بخشی از جهان انسانی و جامعه قرار دارد که از آن حس اجتماعی، رحم و شفقت، وجدان و تمایل به انجام امور خیریه مشتق می‌شود. خودفراروی<sup>۷</sup> بر پایه مفهومی از خویشتن به‌عنوان بخشی از جهان و منابع پیرامون آن مطرح شده است که با پندارهای حضور رازگونه، ایمان مذهبی و متانت و صبوری غیرمشروط همراه است (کلونینجر و شوراکیک<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵).

اختلال شخصیت یک بیماری شایع و مزمن است که شیوع آن بین ۱۵ - ۱۰ درصد جمعیت عمومی تخمین زده می‌شود (شوراکیک و همکاران، ۲۰۰۲). از میان اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت ضداجتماعی بیشتر از سایر اختلالات شخصیت مورد مطالعه قرار گرفته است که شاید علت آن، این نکته باشد که رفتارهای ضد اجتماعی، یک الگوی تکرارشونده و مداوم رفتارهای مجرمانه، ضداجتماعی یا جنایی است که در کودکی یا اوایل نوجوانی شروع می‌شود و تمام جنبه‌های زندگی فرد را دربرمی‌گیرد (کلونینجر، ۲۰۰۵).

تشخیص این اختلال بیشتر بر پایه مصاحبه و معیارهای بالینی است. سیستم‌های طبقه‌بندی مورد استفاده از جمله DSM-IV-TR، بیشتر بر پایه توصیف بالینی موارد نمونه‌ای

1- inhibitability	2- harm avoidance
3- reward dependence	4- persistence
5- self directedness	6- cooperativeness
7- self transcendence	8- Svrakic
9- Przybeck	10- dimensional structure
11- Temperament and Character Inventory	
12- Whitehead	

فرهاد فرید حسینی و همکاران

می‌کند. تعیین شدت افسردگی با تمرکز روی علایم شناختی و رفتاری است. ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان می‌برد و روایی<sup>۵</sup> و پایایی<sup>۶</sup> آن بالا است (بلکر، ۲۰۰۵).

دو پرسشنامه مذکور تخمینی از سطح اضطراب و افسردگی به دست می‌دهند ولی برای تشخیص دقیق‌تر اختلالات نیاز به مصاحبه‌های تشخیصی وجود دارد (بلکر، ۲۰۰۵). هر دوی این آزمون‌ها به فارسی ترجمه شده‌اند و در جمعیت ایرانی به کار رفته‌اند (جلیلی و اخوت، ۱۳۶۲).

۴- مصاحبه ساختار یافته بالینی بر اساس DSM-IV برای محور II (SCID-II) که توسط روانپزشک اجرا می‌شد و برای تأیید تشخیص اختلالات شخصیت به کار می‌رفت. این مصاحبه به منظور ارزیابی اختلالات شخصیت در محور دو تهیه شده است و شامل تمامی دوازده نوع اختلال شخصیت مطرح شده در DSM-IV است. روایی آن خوب و پایایی این ابزار از ارزیابی بالینی بهتر است (بلکر، ۲۰۰۵).

۲۴ نفر بر اساس مصاحبه بالینی با معیارهای DSM-IV-TR و انجام SCID-II وارد مطالعه شدند. با توجه به اینکه نمرات بعضی از ابعاد سرشت با وضعیت اضطراب و افسردگی آزمون‌شونده همبستگی دارد (کلونینجر، ۱۹۸۷؛ کایوانی و پورناصح، ۱۳۸۴)، لذا میزان اضطراب و افسردگی افراد بر اساس پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک سنجیده شد. سپس با ارائه توضیحات کامل در مورد آزمون TCI و تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات، همکاری آزمودنی جهت پر کردن پرسشنامه ۱۲۵ سؤالی TCI جلب شد.

اطلاعات به وسیله بازنگری ۱۳ نرم افزار SPSS تحلیل شد. تحلیل واریانس یک راه<sup>۷</sup> برای مقایسه مقیاس‌های سرشت و منش بین بیماران با اختلال شخصیت ضداجتماعی و گروه کنترل همگون‌نشده از نظر سن و جنس از بانک اطلاعاتی طرح تحقیقاتی مربوط به هنجارسنجی و اعتباریابی روی جمعیت ایرانی، انجام شد.

مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و مراقبت‌های بعد از خروج (مرکزی تحت پوشش سازمان بهداشت زندان‌ها که خدمات بهداشتی و مددکاری به مراجعان ارائه می‌دهد)، جامعه مورد بررسی در این مطالعه بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ارایه رضایت آگاهانه و داشتن معیارهای اختلال شخصیت ضداجتماعی بر اساس مصاحبه بالینی و معیارهای تشخیصی SCID-II<sup>۱</sup> بود. افراد دارای سابقه پسیکوز، عقب‌ماندگی ذهنی یا آسیب‌های مغزی از طرح خارج می‌شدند.

۲۴ بیمار شامل ۱۴ بیمار از مرکز مشاوره و مراقبت‌های بعد از خروج و ۱۰ بیمار از بیمارستان روزبه برای مطالعه انتخاب شدند. انتخاب نمونه‌ها به صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. جمعیت طبیعی شامل ۱۲۱۲ نفر مرد و زن از سنین مختلف از مناطق مختلف شهر تهران بودند (مربوط به بانک اطلاعاتی طرح تحقیقاتی هنجارسنجی و اعتباریابی در جمعیت ایرانی) که به صورت تصادفی غیرسیستماتیک از میان ساکنین شهر تهران و مراجعه به ادارات و منازل دعوت به شرکت در تحقیق شده بودند. معیارها برای انتخاب آزمودنی‌های طبیعی، سلامت روانی و تحصیلات بالاتر از سوم راهنمایی بود؛ همچنین اگر افراد دارای سابقه آسیب‌های مغزی یا دچار عقب‌ماندگی ذهنی بودند، از مطالعه خارج می‌شدند.

ابزارهای سنجش در این مطالعه عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر (TCI) که دارای هفت مقیاس شامل چهار مقیاس سرشت (نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش‌وابستگی و پشتکار) و سه مقیاس منش (خودراهبری، همکاری و خودفراروی) می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۱۲۵ سؤال است و به صورت خودسنجی با پاسخ‌های بلی یا خیر تکمیل می‌شود (کایوانی و پورناصح، ۱۳۸۴).

۲- پرسشنامه اضطراب بک<sup>۲</sup> که یک پرسشنامه خودسنجی است و علایم در قالب ۲۱ پرسش و بر اساس حضور یا عدم حضور علامت، و شدت آن در هفته گذشته سنجیده می‌شود (بلکر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵).

۳- پرسشنامه افسردگی بک<sup>۴</sup> (BAI) که یک پرسشنامه خودسنجی برای افسردگی با ۲۱ دسته جملات می‌باشد که هر کدام چهار حالت را در هفته گذشته بر اساس شدت، توصیف

1- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders

2- Beck Anxiety Inventory

3- Blacker

4- Beck Depression Inventory

5- validity

6- reliability

7- one way ANOVA

### یافته‌ها

تمام بیماران مرد بودند. میانگین سنی آنها ۳۳/۷۹ سال (انحراف معیار ۸/۶۶) و میانگین تحصیلات نمونه ۸/۲۱ سال (انحراف معیار ۳/۳۲) بود.

**جدول ۱- نتایج مقیاس‌های سرشت و منش (TCI) و نمره افسردگی و اضطراب بک در افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی (n=۲۴)**

حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	
۵	۲۰	۱۴/۷۹	۴/۲۹	نوجویی
۳	۱۷	۱۰/۶۶	۳/۷۴	آسیب پرهیزی
۲	۱۴	۸/۳۷	۲/۵۱	پاداش وابستگی
۰	۵	۱/۹۱	۱/۵۸	پشتکار
۲	۱۴	۷/۱۶	۳/۳۹	خودراهبری
۶	۲۲	۱۴/۶۲	۴/۱۵	همکاری
۱	۱۴	۸/۷۵	۴/۴۴	خودفراروی
۳	۴۸	۲۵/۵۸	۱۱/۵۲	افسردگی بک
۴	۴۹	۲۱/۰۰	۱۰/۸۴	اضطراب بک

جدول ۱ شامل داده‌های مربوط به آزمون‌های BAI، TCI و BDI است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، با توجه به نمرات بالای BDI و BAI، احتمال وجود سایکوپاتی ثانویه زیاد است.

جدول ۲ نشان‌دهنده میزان همبستگی مقیاس‌های هفتگانه با یکدیگر و با نمرات آزمون‌های BAI و BDI است.

مقایسه نمرات TCI افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی با افراد طبیعی نشان داد تفاوت بین گروه‌ها در مقیاس‌های سرشتی نوجویی، آسیب پرهیزی، پشتکار و مقیاس‌های منش خودراهبری، همکاری و خودفراروی وجود دارد که در سطح زیر ۰/۰۱ معنی‌دار بود، به طوری که افراد با اختلال شخصیت ضداجتماعی در مقایسه با گروه هنجار نمرات بالاتری در نوجویی و آسیب پرهیزی و نمرات پایین‌تری در مقیاس‌های منش خودراهبری و همکاری داشتند.

برای کنترل تغییرات سنی، عامل سن به عنوان متغیر همپراش<sup>۱</sup> به محاسبات وارد گردید، لیکن تغییر محسوسی در مقادیر به دست آمده، مشاهده نشد.

**جدول ۲- همبستگی بین مقیاس‌های سرشت و منش با یکدیگر و با نمرات افسردگی و اضطراب بک (n=۲۴)**

سرشت و منش	نوجویی	آسیب پرهیزی	پاداش وابستگی	پشتکار	خودراهبری	همکاری	خودفراروی	افسردگی بک	اضطراب بک
آسیب پرهیزی	-۰/۰۹								
پاداش وابستگی	-۰/۲۱	* ۰/۴۲							
پشتکار	* -۰/۴۱	-۰/۱۳							
خودراهبری	** -۰/۵۶	-۰/۲۲							
همکاری	* -۰/۴۶	۰/۰۳	-۰/۰۱						
خودفراروی	-۰/۲۷	۰/۲۲	۰/۰۸	۰/۲۷					
افسردگی بک	۰/۱۹	۰/۱۹	۰/۱۱	* -۰/۵۱	-۰/۱۵	-۰/۰۹	-۰/۰۵		
اضطراب بک	۰/۱۷	* ۰/۴۸	۰/۰۲	* -۰/۴۶	-۰/۳۲	-۰/۲۳	۰/۱۱	* * ۰/۶۰	

\*  $p < ۰/۰۵$ ؛ \*\*  $p < ۰/۰۱$

## بحث

کاربرد پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر در کارهای بالینی روان پزشکی می تواند برای بسیاری از مشکلات تشخیصی راه گشا باشد. با تحقیق روی جمعیت های بالینی از جمله اختلالات شخصیت، می توان نیمرخ بالینی آنها را به دست آورد و به متخصصان بالینی در امر تشخیص یاری رساند.

در این مطالعه افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی در مقایسه با افراد طبیعی نمرات بسیار پایین تری در ابعاد منش به ویژه دو بعد خودراهبری و همکاری کسب کردند، به این معنی که این افراد در مقایسه با افراد نرمال تکامل منشی ضعیف شامل خودراهبری پایین (بی مسؤولیتی، سرزنش گری) و همکاری پایین (خودمحوری، تخاصم و تعصب) دارند. این یافته با مطالعات شوراکیک و کلونینجر در مورد اختلال شخصیت هماهنگ است. در مطالعات آنها دیده شد که نمرات پایین در ابعاد منش با علائم اختلال شخصیت همبستگی قوی دارد (به ویژه دو بعد همکاری و خودراهبری) و به نوعی پیش گوئی کننده وجود اختلال شخصیت است (کلونینجر و همکاران، ۱۹۹۳؛ شوراکیک و همکاران، ۱۹۹۳؛ شوراکیک و همکاران، ۲۰۰۲؛ کلونینجر و شوراکیک، ۲۰۰۵).

در مطالعه حاضر نیمرخ سرشتی افراد دچار اختلال شخصیت ضداجتماعی به صورت نمرات بالا در دو بعد نوجویی و آسیب پرهیزی و نمره پایین پشتکار و عدم تفاوت معنی دار نمره پاداش وابستگی در مقایسه با افراد طبیعی به دست آمد. بر پایه مطالعات قبلی به نظر می رسد که نیمرخ سرشتی برای هر یک از اختلالات شخصیت و کلاسترهای توصیف شده، منحصر به فرد باشد به طوری که کلاستر A با پاداش وابستگی پایین، کلاستر B با نوجویی بالا و کلاستر C با آسیب پرهیزی بالا مشخص می شود (کلونینجر و همکاران، ۱۹۹۳؛ شوراکیک و همکاران، ۱۹۹۳؛ شوراکیک و همکاران، ۲۰۰۲؛ کلونینجر و شوراکیک، ۲۰۰۵). در مطالعه حاضر نمره پایین پشتکار و به ویژه نمره بالای نوجویی می تواند به دلیل تعلق افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی به کلاستر B باشد و با یافته های قبلی هماهنگ است (همان منابع)، اما نمره بالای آسیب پرهیزی و عدم تفاوت پاداش وابستگی نسبت به گروه طبیعی جای تأمل دارد. دلایل احتمالی عدم تفاوت پاداش وابستگی در جمعیت بیمار و طبیعی می تواند به شرح زیر باشد:

۱- حجم نمونه برای یافتن تفاوت معنی دار کافی نبوده و در مطالعات مشابه دیگر، حجم نمونه بالاتر ممکن است تفاوت را معنی دار کند.

۲- با توجه به اینکه نقاب فرزانیگی<sup>۱</sup> از ویژگی های افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی است، احتمال وجود نفع<sup>۲</sup> در پاسخ به سؤالات به ویژه سؤالات مربوط به پاداش وابستگی در TCI وجود دارد. پرسش های پاداش وابستگی تا حدودی چهره ای مهربان تر و مقبول تر و پراحساس تر از افراد در ذهن مخاطب القا می کند. با وجود آموزش افراد قبل از پر کردن پرسشنامه، احتمال وجود نفع اولیه و ثانویه در افراد دچار اختلال شخصیت ضداجتماعی هنگام پر کردن پرسشنامه منتفی نیست (به ویژه افرادی که از مرکز مراقبت های بعد از خروج انتخاب شده اند). این محدودیت در پرسشنامه های خودسنجی وجود دارد.

۳- عدم اعتباریابی و هنجارسنجی پرسشنامه SCID-II در ایران می تواند در مرحله پیدا کردن نمونه ها تأثیر گذاشته باشد. دیده شده است که نتایج SCID-II و ارزیابی بالینی در تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی نسبت به سایر اختلالات شخصیت تطابق کمتری دارد (فریدل<sup>۳</sup> و هس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶).

۴- تفاوت های بین فرهنگی در مقیاس های سرشت و منش در افراد طبیعی وجود دارد. از جمله در مطالعه ای در فرانسه، جمعیت طبیعی فرانسویان نمره پایین تری در نوجویی و نمره بالاتری در آسیب پرهیزی کسب کردند (پلیسولو<sup>۵</sup> و لپین<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). در مطالعه مقدماتی کاویانی و حق شناس (۱۳۷۹) بین جمعیت شیراز و تهران در مقیاس ها تفاوت وجود داشت. آیا این تفاوت می تواند در جمعیت بالینی نیز وجود داشته باشد؟ به این معنی که آیا افراد دچار اختلال شخصیت ضداجتماعی در ایران پاداش وابستگی بیشتری دارند و نیمرخ متفاوتی از نمونه های غربی نشان می دهند؟ این سؤالی است که باید در تحقیقات بعدی با حجم نمونه بزرگتر پاسخ داده شود.

۵- از آنجا که همبستگی بین مقیاس آسیب پرهیزی و پاداش وابستگی مثبت و معنی دار است. نمره آسیب پرهیزی در نمونه های ضداجتماعی پژوهش حاضر، بالا گزارش شده است.

1- mask of sanity  
3- Fridell  
5- Pelissolo

2- gain  
4- Hesse  
6- Lepine

این موضوع در مورد مقیاس پشتکار نیز در مطالعه حاضر صدق می‌کند. به این معنی که پشتکار با نمرات افسردگی و اضطراب (جدول ۳) همبستگی معنی‌دار دارد که می‌تواند تا حدودی مسبب پشتکار پایین این افراد باشد، هرچند در نیمرخ شخصیتی افراد ضداجتماعی به نظر می‌رسد نمره پشتکار پایین باشد، زیرا این افراد گرایش به پاداش‌های آنی دارند.

این مطالعه به عنوان یک مطالعه مقدماتی می‌تواند راهگشای تحقیقات بعدی و پاسخ‌دادن به ابهامات باقی‌مانده باشد. در این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت که به برخی از آنها اشاره می‌شود و پیشنهادهایی هم برای تحقیقات بعدی ارائه می‌گردد:

تمامی بیماران انتخاب‌شده از مراکز بالینی بودند که این می‌تواند یافته‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. انتخاب بیماران از میان جمعیت عمومی، اعتبار بیشتری به یافته‌ها می‌بخشد. توصیه می‌شود مطالعه‌ای با حجم نمونه بیشتر در افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی که از جامعه انتخاب شده باشند، انجام شود. مقایسه نتایج TCI در جمعیت بالینی و به ویژه افراد با انواع اختلالات شخصیت و به‌دست آوردن نیمرخ شخصیتی این افراد در آزمون TCI، می‌تواند راه را برای استفاده از این آزمون در کار بالینی هموار کند.

### سپاسگزاری

این پژوهش با کمک مرکز مشاوره و مراقبت بعد از خروج و حمایت آزمایشگاه نوروپسیکولوژی مرکز ملی تحقیقات اعتیاد انجام شد. از مدیر محترم مرکز مشاوره و مراقبت بعد از خروج جناب آقای حمیدرضا خرمگاه و کارکنان آن مرکز به‌ویژه آقای دکتر ایرج اسماعیلی و آقای بهمن درگی، همکاران محترم آزمایشگاه نوروپسیکولوژی به‌ویژه آقایان دکتر حامد اختیاری، دکتر هومن صفایی و خانم هانیه عدالتی، شرکت‌کنندگان در مطالعه و خانواده‌های محترم آنها بسیار سپاسگزاریم.

بنابراین افزایش نمره پاداش‌وابستگی و نزدیک‌شدن آن به نمونه طبیعی، می‌تواند مربوط به نمرات بالای آسیب‌پرهیزی افراد ضداجتماعی باشد.

نکته دیگری که در پژوهش حاضر با مطالعات غربی هماهنگ نبود، نمره آسیب‌پرهیزی بالا در افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی بود. دلایل احتمالی می‌تواند مشابه دلایل ذکر شده در قسمت پاداش‌وابستگی باشد. علاوه بر آنها، دلایل احتمالی دیگر به شرح زیر است:

۱- مفهوم اختلال شخصیت ضداجتماعی در DSM-IV و به تبع آن SCID-II، بیشتر بر معیارهای رفتاری دلالت دارد و می‌تواند گروهی ناهمگن از افراد شامل افراد با خصایص سایکوپاتی اولیه (که نیمرخ آنها شامل نوجویی بالا، آسیب‌پرهیزی و پاداش‌وابستگی پایین است) و خصایص سایکوپاتی ثانویه (که نیمرخ آنها شامل نوجویی بالا، آسیب‌پرهیزی بالا و پاداش‌وابستگی پایین است) را تشکیل دهد (کلونینجر، بایون<sup>۱</sup> و پرزی‌بک، ۱۹۹۷). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که بر اساس معیارهای DSM، در حدود ۵۰-۸۰ درصد موارد قانونی و افراد مجرم و محکوم معیارهای اختلال شخصیت ضداجتماعی را دارند، در حالی که تنها حدود ۳۰-۱۵ درصد این افراد معیارهای سایکوپاتی اولیه را برآورده می‌کنند (هارت<sup>۲</sup> و هیر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷). این احتمال وجود دارد که افراد انتخاب‌شده برای طرح فعلی، گروهی ناهمگن بوده باشند و افرادی با خصایص سایکوپاتی ثانویه که آسیب‌پرهیزی بالایی دارند نیز بین آنها وجود داشته باشد که نمرات BDI و BAI هم تأییدی بر این موضوع است.

۲- در مطالعه حاضر همبستگی مثبت معنی‌داری بین آسیب‌پرهیزی و اضطراب بک وجود داشت (جدول ۳). افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی در این پژوهش از محیط بالینی انتخاب شده‌اند و معمولاً علایم بالینی از جمله اضطراب و افسردگی، این افراد را به محیط‌های بالینی می‌کشاند (جدول ۲). بنابراین نمره آسیب‌پرهیزی بالای این افراد می‌تواند تا حدودی تحت تأثیر اضطراب آنها باشد. شواهد قبلی نیز نشان‌دهنده همبستگی ضعیف آسیب‌پرهیزی با وضعیت اضطراب و افسردگی است (براون<sup>۴</sup>، شورایکیک، پرزی‌بک و کلونینجر، ۱۹۹۲؛ جافی<sup>۵</sup>، بگی<sup>۶</sup>، لویت<sup>۷</sup>، راگان<sup>۸</sup> و پارکر<sup>۹</sup>، ۱۹۹۳).

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۹/۱۱؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۲/۱۵

1- Bayon  
3- Hare  
5- Joffe  
7- Levitt  
9- Parker

2- Hart  
4- Brown  
6- Bagby  
8- Ragan

## منابع

- جلیلی، ا.، و اخوت، و. (۱۳۶۲). *افسردگی*. تهران: انتشارات رشد.
- کاویانی، ح.، و حق شناس، ح. (۱۳۷۹). مطالعه مقدماتی برای انطباق و هنجاریابی پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۲ (۳ و ۴)، ۱۸-۲۴.
- کاویانی، ح.، و پورناصح، م. (۱۳۸۴). اعتباریابی و هنجارسنجی پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر. *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۳ (۲)، ۹۸-۸۹.
- Blacker, D. (2005). Psychiatric Rating Scales. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Eight Edition, pp. 929-954). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Brown, S. L., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (1992). The relationship of personality to mood and anxiety states: A dimensional approach. *Journal of Psychiatric Research*, 26, 197-211.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger, C. R. (1991). Brain networks underlying personality development. In B. J. Carroll & J. E. Barrett (Eds.), *Psychopathology and the brain* (pp. 183-20). New York: Raven Press.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger C. R., Svrakic D. M. (1994) "Differentiating normal and deviant personality by the seven factor personality model" in S. Strack and M. Lorr (Eds), *Differentiating Normal and Abnormal Personality*. New York: Springer Publishing Co.
- Cloninger, C. R., Bayon, C., & Przybeck, T. R. (1997). Epidemiology of Axis I comorbidity of antisocial personality disorder. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser. *Handbook of antisocial behavior* (pp. 12-21). Wiley press.
- Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (2005). Personality disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Eight Edition, pp. 2063-2105). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Cloninger, C. R. (2005). Antisocial personality disorder: A review. In M. Maj, H. S. Akiskal, J. E. Mezrich & A. Okasha (Eds.), *Personality disorders* (WPA Series Vol 8, pp. 125-170). Hoboken, NJ, Wiley Press.
- Fridell, M., & Hesse, M. (2006). Clinical diagnosis and SCID II: Assessment of DSM-III-R personality disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 104-108.
- Hart, S. D., & Hare R. D. (1997). Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser. *Handbook of antisocial behavior* (pp. 22-35). Wiley Press.
- Joffe, R. T., & Bagby, R. M., Levitt, A. J., Ragan J. J., & Parker, J. D. (1993). The tridimensional personality questionnaire in major depression. *American Journal of psychiatry* 150(6), 959-960.
- Pelissolo, A., & Lepine, J. P. (2000). Normative data and factor structure of the temperament and character inventory (TCI) in the French version. *Psychiatry Research*, 94, 67-76.
- Svrakic, D. M., Whitehead, C. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (1993). Differential diagnosis of personality disorder by the seven factor temperament and character inventory. *Archives of General Psychiatry*, 50, 991-999.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 106, 189-195.