

بررسی شیوع اختلال استرس پس از سانحه و همبودی آن با اختلالات شخصیت در بین جانبازان شهر تهران

تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۳

مرضیه شفیعی کمال آبادی *، ایمان اله بیگدلی **، کاوه علوی *** فرحناز کیان ارثی ****

چکیده

مقدمه: ایران تجربه ۸ سال دفاع مقدس را داشته است و در حال حاضر بیش از ۵۰۰۰ جانباز دفاع مقدس در شهر تهران ساکن هستند؛ اما اطلاعات دقیقی از وضعیت سلامت روان آنها در دست نیست. مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان شهر تهران انجام شده است.

روش: طرح پژوهش، با توجه به ماهیت و اهداف آن، توصیفی از نوع پیمایشی می‌باشد. تعداد ۱۷۲ نفر از جانبازان مناطق پنج‌گانه شهر تهران، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. افراد نمونه مقیاس استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی (اشل) و پرسشنامه بالینی چند محوری میلیون ۳ برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از آزمون مجذور کای استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، شیوع اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان ۳۹ درصد بود. میزان جانبازی زیر ۲۵ درصد و تحصیلات بالاتر از کارشناسی با خطر کمتر ابتلا به این اختلال همراه بود. شایع‌ترین اختلال شخصیت همراه با این اختلال در میان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و غیر مبتلا، اختلال شخصیت مرزی بود (۱۷/۹ درصد در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه، ۴/۸ درصد در جانبازان غیر مبتلا)، فراوانی اختلالات شخصیت اجتنابی (۱۰/۴ درصد در مقابل ۱/۹ درصد)، وابسته (۱۰/۴ درصد در مقابل ۰/۰ درصد) و منفی‌گرا (۷/۵ درصد در مقابل ۱/۰ درصد) نیز در جانبازان مبتلا نسبت به سایر جانبازان بالاتر بود.

نتیجه‌گیری: اختلال استرس پس از سانحه در جمعیت جانبازان دفاع مقدس بالا است و همبودی قابل توجه آن با برخی اختلالات شخصیت، نیاز به ارزیابی دقیق وضعیت سلامت روان این افراد را نشان می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: شیوع شناسی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات شخصیت، جانباز

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

sunnyday20@yahoo.com

bigdeli9@gmail.com

kavehalavi@yahoo.com

kianersi.f@gmail.com

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

** دانشیار، گروه روان شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

*** استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت و روان دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

**** استادیار، گروه روان شناسی تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

تاریخ زندگی بشر شاهد جنگ‌های بسیار با اهداف متفاوت بوده و عوارضی برای مردمان هر سرزمین را به دنبال داشته است دارد که ممکن است آثارش برای افرادی که به طور مستقیم و غیرمستقیم جنگ را تجربه کرده‌اند و یا حتی ممکن است در نسل‌های بعد نیز، قابل مشاهده باشد. بسیاری از بازماندگان جنگ، پس از مواجهه با واقعه استرس‌زا (نظیر فقدان افراد موردعلاقه، درهم‌ریختگی ساختار اجتماعی و از دست دادن حمایت‌های اجتماعی)، پاسخ‌های بالینی خاصی را نشان می‌دهند [۱،۲]. از آنجایی که گذشت زمان، افزایش سن بیماران و فقدان درمان جامع، موجب تشدید علائم و مشکلات آنها می‌شود، مطالعات انجام شده برای بررسی آثار دراز مدت جنگ بر وضعیت روانی-اجتماعی جانبازان، حاکی از آن است که گذشت زمان به نفع بهبودی بیمار نیست؛ بلکه با افزایش سن، علائم بیماری و اختلالات همراه نیز افزایش می‌یابد [۳،۴]. مطالعات نشان داده‌اند که جنگ‌های شدید، ناتوانی طولانی مدتی برای بازماندگان به همراه دارد. بروز ناتوانی و اختلال روانی نظیر اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، با میزان نزدیکی و مواجهه با جنگ ارتباط مستقیم دارد. برخلاف سایر اختلالات روان پزشکی، اختلال PTSD، بیماری منحصر بفردی است که رویداد آسیب‌زا علاوه بر نقش سبب شناختی که دارد جزء ملاک‌های تشخیصی آن نیز می‌باشد [۵]. به صورت تاریخی و سنتی، آسیب مذکور، معمولاً در مورد مردان در وقایع جنگی است [۶]. شایع‌ترین اختلال در بین رزمندگان جنگ، اختلال PTSD است، یکی از اختلالاتی است که مواجه شدن با حوادث آسیب‌زا، به عنوان یکی از عوامل سببی در بروز این اختلال مطرح است. PTSD، بیشتر در کسانی پیدا می‌شود که استرس روانی یا جسمانی شدیدی را تجربه یا مشاهده کرده‌اند یا از سایر افراد می‌شنوند. اختلال استرس پس از سانحه شامل مجموعه علائمی است که پس از قرارگیری یک فرد در معرض یک رویداد آسیب‌بران پدید می‌آید. این علائم در سه دسته تقسیم‌بندی می‌شوند: تجربه مجدد رویداد^۱ آسیب‌بران، اجتناب پایدار از محرک‌های مرتبط با

آسیب و اجتناب^۳ از پاسخ‌دهی کلی، و نشانه‌های پایدار برانگیختگی مفرط^۴. این علائم باید دست کم به مدت یک ماه طول بکشند و ممکن است حد (تداوم کمتر از ۳ ماه) یا مزمن (تداوم دست کم ۳ ماه) باشد و ممکن است شروعی تأخیری (شروع نشانه‌ها ۶ ماه پس از رویداد آسیب‌بران) داشته باشد [۷]. حادثه آسیب‌زا یا تروماتیک در این اختلال، تجربه‌ای است که برای فرد بیمار در هر لحظه و در هر سطح عاطفی و حسی رخ دادنش نزدیک است، به حدی که ذهن نمی‌تواند پردازش بین واقعیت ذهنی و بیرونی را انجام دهد [۸]. شیوع اختلال استرس پس از سانحه، با استفاده از معیارهای DSM_IV در جمعیت عمومی ۶/۸ درصد است [۹]. شیوع ۱۲ ماهه این اختلال در دامنه ۱/۳ درصد (در استرالیا) و شیوع ۱ ماهه این اختلال در دامنه‌ای از ۱/۵-۱/۸ درصد با استفاده از معیارهای ICD_10 تا ۳/۴ درصد تخمین زده شده است [۱۰]. شیوع در طول عمر PTSD در جمعیت عمومی ایالات متحده ۷ تا ۸ درصد است [۱۱]. شیوع طول عمر اختلال استرس پس از سانحه از طریق مطالعات زمینه‌یابی در افراد بزرگسال جامعه از ۱ درصد تا ۱۲/۳ درصد برآورد شده است [۱۲] که علاوه بر این رقم، ۵ تا ۱۵ درصد دیگر از افراد نیز ممکن است دچار اشکال تحت غیر بالینی این اختلال باشند. میزان شیوع طول عمر این بیماری در گروه‌های پرخطر، یعنی گروه‌هایی که اعضایشان در معرض وقایع آسیب‌زا بوده‌اند، در طیفی از ۵ تا ۷۵ درصد قرار دارد. PTSD در هر سنی ممکن است بروز کند؛ اما به دلیل موقعیت‌های تسریع‌کننده آن، شایع‌ترین سن شروع اختلال، اوایل بزرگسالی است [۱۳]. پژوهش انجام شده در ایران در رابطه با شیوع اختلالات روان‌پزشکی در سال ۱۳۸۸، شیوع این اختلال را در جمعیت عمومی در ۰/۹۸ درصد گزارش کرده‌اند [۱۴]. در پژوهشی شیوع PTSD در جمعیت عمومی شهر کاشان در سال ۱۳۸۷، ۲ درصد گزارش شده است [۱۵]. نزدیکترین پژوهش در راستای برآورد شیوع PTSD مربوط به پژوهش فتحی آشتیانی و کرمی‌نیا (۱۳۸۱) در بررسی سیمای بالینی تعدادی از مصدومین روانی ناشی از جنگ می‌باشد که شایع‌ترین اختلال آنها را PTSD و ۴۴/۲ درصد گزارش

3- avoidance
4- hyperarousal

1- posttraumatic stress disorder
2- re-experiencing

شناختی-عاطفی، عملکرد بین فردی و کنترل تکانه [۷]. در پژوهش‌های داخل کشور، هیچ پژوهشی در رابطه با بررسی جامع شیوع اختلالات شخصیت در جمعیت عمومی یافت نشد و تنها تعداد معدودی بر روی جمعیت‌های خاص (دانش آموزان، دانشجویان و مجرمان) صورت گرفته بود [۲۴]. با توجه به مطالعات محدود انجام شده، تشخیص اختلالات شخصیت مرزی و اجتنابی همراه در بیماران دچار PTSD، شایع بوده است [۲۵، ۲۶، ۲۷]. اما همراهی بین PTSD و اختلالات شخصیت تنها محدود به اختلال شخصیت مرزی نیست. مطالعه سوئیس ویک^۱ و همکاران (۱۹۹۳) نشان داد، بسیاری از بیماران سرپایی و بستری مبتلا به PTSD، دچار انواع اختلالات شخصیت هستند، که در این بین اختلالات شخصیت مرزی، وسواسی-جبری، اجتنابی و پارانوئید شایع‌ترند. همچنین در میان بیماران بستری مبتلا به PTSD، شایع‌ترین اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوتایپال، اجتنابی و خودتخریب‌گر آلود [۲۵]. بررسی میزان شیوع اختلالات شخصیت در میان جانبازان، کمتر مورد پژوهش قرار گرفته است در حالی که این اختلالات تأثیری عمده بر عملکرد اجتماعی و اقتصادی جانبازان دارد [۲۸، ۲۹، ۳۰]. از آنجایی که داشتن اختلالات شخصیت و اختلالات اضطرابی نه تنها لذت بردن از زندگی را غیر ممکن می‌سازد؛ بلکه این احساسات مانع از این می‌شوند که فرد با تمام ظرفیت عمل کند [۳۱]. هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان شیوع اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات شخصیت همراه آن در بین جانبازان ساکن شهر تهران بود. با بررسی این شیوع در بین جانبازان، مسئولیت سیاست‌گذاران و برنامه ریزان بهداشتی کشور در رابطه با تدوین برنامه‌های اجرایی بهداشت روان را بیش از پیش نمایان می‌شود.

روش

طرح پژوهش: این مطالعه یک پژوهش توصیفی بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر، عبارت بود از جانبازان ساکن در شهر تهران که در سالهای ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۱ در جبهه‌های جنگ حضور را داشتند. با فرض نامشخص بودن شیوع اختلال استرس پس از سانحه در

کرده است [۱۶]، و قدیمی‌ترین پژوهش، جلیلی و اخوت در اسفند ۱۳۵۹، بیماران روانپزشکی ناشی از جنگ را در خوزستان بررسی کردند. آنها PTSD را در بیش از ۷۲ درصد گزارش کردند [۱۷]. این اختلال سال‌ها طول می‌کشد و در بسیاری از موارد با تروماهای متعددی همراه است [۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰]. بیشتر این مطالعات نمونه‌های محدودی را بررسی کرده‌اند و بسیاری از آنها بر روی نمونه‌های در دسترس صورت [۱۷] پذیرفته است. نظر به اهمیت معنوی جانبازان و برای دستیابی به اطلاعات قابل اعتماد در مورد نیازهای روانی این افراد، یکی از اهداف اصلی مطالعه حاضر، تعیین شیوع اختلال استرس پس از سانحه در جمعیت جانبازان است. از آنجایی که اختلالات شایع دیگری همراه با PTSD مطرح شده است، به صورتی که آن را یک قانون می‌دانند [۲۱، ۲۲] دو سوم افراد مبتلا به PTSD به حداقل یک اختلال روانپزشکی دیگر هم مبتلا می‌باشند. حدود نیمی از بیمارانی که مبتلا به اختلالات روانپزشکی هستند، اختلال شخصیت نیز دارند، که اغلب با اختلالات محوری مرتبط است. شایع‌ترین اختلال روانپزشکی مرتبط با PTSD، مربوط به اختلالات شخصیت از جمله اختلال شخصیت مرزی است که دارای بالاترین همبودی با PTSD می‌باشد. اختلال شخصیت زمانی تشخیص داده می‌شود که اختلاف رفتارهای فرد فراتر از حد تغییرات مشاهده شده در اکثر مردم باشد و یا صفات شخصیتی غیر قابل انعطاف و ناسازگارانه باشد که سبب ایجاد اختلال در عملکرد و درماندگی شخص شود. اختلال شخصیت، اختلالی شایع و مزمن است. میزان شیوع آن در جمعیت عمومی ۱۰ تا ۲۰ درصد است. اختلال شخصیت از اختلالات زمینه ساز سایر اختلالات روانپزشکی (مانند مصرف مواد، خودکشی، اختلالات عاطفی، اختلالات کنترل تکانه، اختلالات خوردن و اختلالات اضطرابی) است و در نتایج درمانی اختلال‌های محوری تداخل ایجاد می‌کند و منجر به افزایش میزان از کار افتادگی، بیماری‌ها و مرگ و میر این بیماران می‌شود [۱۳]. شروع و توسعه اختلالات شخصیت در اوایل زندگی، اوایل بزرگسالی، نوجوانی یا حتی پیش از آن می‌تواند وجود داشته باشد [۲۳]. از طرفی اختلالات شخصیت را به عنوان الگوهای رفتاری ناپهنجاری تعریف می‌کنند که خودشان را حداقل در دو زمینه نشان می‌دهند:

1- Southwick
2- self-defeating

یک مقیاس خودسنجی است و برای تصمیم‌گیری بالینی است. این آزمودن دارای ۱۷۵ گویه بلی/خیر است. ۱۱ الگوی بالینی شخصیت و نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود. الگوهای بالینی شخصیت در آزمون بالینی چند محوری میلیون^۳ شامل ۱۱ زیر مقیاس به شرح زیر است: شخصیت اسکیزوئید، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضد اجتماعی، آزارگر-دیگر آزارگر، منفی‌گرا و شخصیت آزارگر-خود آزارگر. این آزمون در ایران ۲ بار هنجاریابی شده است. نسخه دوم این آزمون یک بار در شهر تهران به وسیله‌ی خواجه‌موجهی ترجمه و در سال ۱۳۷۲ هنجاریابی شده است و نسخه سوم آن در شهر اصفهان به وسیله‌ی شریفی در سال ۱۳۸۱ هنجاریابی شده است. ضریب پایایی مقیاس‌های ام.سی.ام.آی برای خرده مقیاس‌های نشانگان بالینی و الگوهای بالینی شخصیت و کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۹۲ به دست آمده است [۳۳]. ضریب آلفای کرونباخ در این آزمون در این پژوهش، ۰/۸۵ می‌باشد.

روند اجرای پژوهش: بعد از اخذ مجوزهای متعدد از بنیاد شهید و ایثارگران تهران بزرگ و با شناسایی جانبازان ساکن در مناطق ۵ گانه (شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز) تهران که براساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه‌های مقیاس استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی و آزمون بالینی چند محوری میلیون^۳ (MCMIII) را تکمیل نمودند. شیوه تکمیل پرسشنامه‌ها توسط جانبازان به صورت انفرادی بود. قبل از اجرا و تکمیل پرسشنامه‌ها، با توضیح اهداف تحقیق، کسب رضایت‌نامه و رعایت ملاحظات اخلاقی از جانبازان درخواست شد که به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. همچنین اطمینان بخشی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی انتخاب برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-19^۳ استفاده شد. برای بررسی ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، از آماره‌های

جانبازان، برای محاسبه حجم نمونه لازم، مقدار p (نسبت فرضی) $0/5$ در نظر گرفته شد. به این ترتیب با فرض $\alpha=0/05$ ، دقت $0/07$ و اندازه‌اش معادل $1/25$ (به سبب نمونه‌گیری خوشه‌ای در مرحله اول)، تعداد ۲۴۵ نمونه برای تحقیق لازم بود. با فرض ریزش ۲۰ درصد نمونه در مواردی نظیر عدم تکمیل پرسشنامه‌ها یا غیرقابل تحلیل بودن آنها، تعداد ۲۹۴ جانباز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از مناطق ۵ گانه (شمال، غرب، جنوب، شرق و مرکز) تهران انتخاب شدند. که تنها ۱۷۲ نفر از جانبازان به تمام پرسشنامه‌ها پاسخ داده بودند. میانگین سن جانبازان مرد ۴۷ سال می‌باشد.

ابزار

۱- مقیاس استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی^۱: مقیاس می‌سی‌سی‌پی یکی از مقیاس‌های معروف برای سنجش شدت اختلال تنیدگی است. به منظور بررسی اعتبار و روایی این مقیاس، نسخه‌ی انگلیسی آن با استفاده از روش توصیه شده به وسیله‌ی بریسلین، لانر و ثورندایک (۱۹۷۳) از انگلیسی به فارسی برگردانده شد. شکل فارسی این مقیاس به اختصار "اشل" نامیده شد [۳۲]. مقیاس اختلال استرس پس از سانحه (اشل) دارای ۳۹ عبارت است. این مقیاس توسط نوریس و رید در سال ۱۹۹۷ معرفی شده و پایایی آن توسط گودرزی (۱۳۸۲) در ایران بررسی شده است. اعتبار آزمون براساس همبستگی درونی ۰/۹۲، براساس روش دو نیمه کردن ۰/۹۲، براساس آزمون مجدد با فاصله یک هفته ۰/۹۱ و با آزمون هم‌تاسیاه (PTSD) ۰/۸۲ بود. اعتبار بازآزمایی آن ۰/۹۷، ثبات درونی با آلفای ۰/۹۴، حساسیت ۰/۹۳ و روایی ۰/۹۰ است و روایی آن براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-III به دست آمده است. این مقیاس در پنج درجه به شیوه لیکرت نمره گذاری می‌شود. تا کنون این مقیاس در مطالعات متعددی مورد استفاده قرار گرفته است (کینگ و همکاران ۱۹۹۵؛ مرمر ۱۹۹۴؛ مک‌نلی و همکاران ۱۹۹۵). ضریب آلفای کرونباخ آزمون در این پژوهش ۰/۹۷ می‌باشد.

۲- آزمون بالینی چند محوری میلیون^۳ (MCMIII):

1- Mississippi traumatic stress scale

2- Millon Clinical Multiaxial questionnaires 3 (MCMIII)

3- Statistical Package for the Social Science- Version 19

توصیفی استفاده شد و برای مقایسه همبودی بین اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات شخصیت گروه قبلاً با گروه عادی از آزمون خی دو استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۷۲ نفر شرکت داشتند. میانگین سن (\pm انحراف معیار) این افراد $47/7 \pm 2/8$ سال بود. ۱۷۲ نفر از جانبازان بررسی شده مرد و تمام افراد متأهل بودند.

جدول (۱) اطلاعات جمعیت شناختی افراد بررسی شده و فراوانی اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در آنها

اطلاعات جمعیت شناختی		فراوانی در کل نمونه		ابتلاء به PTSD	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
گروه سنی	۴۱ تا ۴۸ سال	۵۷/۰	۹۸	۴۲	۴۲/۹
	۴۹ تا ۵۲ سال	۴۳/۰	۷۴	۲۵	۳۳/۸
تحصیلات	زیر دیپلم	۵/۸	۱۰	۵	۵۰/۰
	دیپلم	۳۲/۳	۴۰	۱۴	۳۵/۰
	لیسانس	۵۸/۱	۱۰۰	۴۶	۴۶/۰
	فوق لیسانس	۸/۷	۱۵	۲	۱۳/۳
	دکتر	۴/۱	۷	۰	۰/۰
ارگان محل خدمت	سپاه پاسداران	۳۸/۴	۶۶	۲۳	۳۴/۸
	بسیج	۳۲/۶	۵۶	۲۴	۴۲/۹
	ارتش	۱۸/۰	۳۱	۱۳	۴۱/۹
درصد جانبازی	نیروی انتظامی	۱۱/۰	۱۹	۷	۳۶/۸
	زیر ۲۵٪	۳۱/۴	۵۴	۱۴	۲۵/۹
	۲۵٪ تا ۵۰٪	۴۱/۹	۷۲	۳۳	۴۵/۸
	۵۰٪ تا ۷۵٪	۲۲/۷	۳۹	۱۶	۴۱/۰
	۷۵٪ و بالاتر	۱/۴	۷	۴	۵۷/۱

جدول (۲) فراوانی انواع اختلال شخصیت در جانبازان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

اسکیزوئید	کل جانبازان		مبتلا به PTSD		غیرمبتلا به PTSD		آزمون آماری	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	خی دو	سطح معناداری
۸	۴/۷	۳	۴/۵	۵	۴/۸	۰/۰۰۷	۰/۹۳۱	
۹	۵/۲	۷	۱۰/۴	۲	۱/۹	۶/۰۲۰*	۰/۰۱۴	
۲۱	۱۲/۲	۷	۱۰/۴	۱۴	۱۳/۳	۰/۳۱۸	۰/۵۷۳	
۷	۴/۱	۷	۱۰/۴	۰	۰/۰	۱۱/۴۳۶*	۰/۰۰۱	
۷	۴/۱	۳	۴/۵	۴	۳/۸	۰/۰۴۷	۰/۸۳۹	
۱۲	۷/۰	۶	۹/۰	۶	۵/۷	۰/۶۶۲	۰/۴۱۶	
۳	۱/۷	۱	۱/۵	۲	۱/۹	۰/۰۴۱	۱/۰۰۰	
۲	۱/۲	۲	۳/۰	۰	۰/۰	۳/۱۷۱	۰/۱۵۰	
۱۰	۵/۸	۴	۶/۰	۶	۵/۷	۰/۰۰۵	۰/۹۴۴	
۶	۳/۵	۵	۷/۵	۱	۱/۰	۵/۱۴۹	۰/۰۳۴	
۱	۰/۶	۰	۰/۰	۱	۱/۰	۰/۶۴۲	۱/۰۰۰	
۱	۰/۶	۱	۱/۵	۰	۰/۰	۷/۹۳۹	۰/۳۹۰	
۱۷	۹/۹	۱۲	۱۷/۹	۵	۴/۸	۱/۵۷۶*	۰/۰۰۵	
۱۲	۷/۰	۷	۱۰/۴	۵	۴/۸	۲/۰۳۷	۰/۱۵۳	

*P<۰/۰۵

رنج روانی، بیماری‌های مزمن جسمی و مرگ زودرس شود. برای مثال؛ در پژوهش انجام شده توسط آلتفن بی، مک ایمن ال در سال ۱۹۸۹ نتایج به دست آمده مبنی بر اینکه ۴۰ درصد افراد مبتلا به PTSD تا آخر عمر دارای این تشخیص می‌باشند و ۸۱ درصد افراد مبتلا، از معیارهای PTSD را همچنان حفظ می‌کنند و این حقیقت که این اختلال بعد از گذشت ۴۰ سال از جنگ، باقی می‌ماند [۳۷]. با در نظر گرفتن تجربه مجدد که یکی از عوامل تداوم PTSD است، در این راستا به نظر پژوهشگران افراد با برخی عوامل محیطی در سطح زندگی‌شان روبرو هستند که ممکن است باعث تجربه مجددشان شود؛ این عوامل شامل: شهید شدن هم سنگران شیمیایی و وجود تصاویر شهدا بر روی دیوارها و تابلو‌هایی در سطح شهر، همچنین نامگذاری مناطق براساس شهدای آن محل و ... این عوامل می‌توانند در زنده شدن خاطرات این افراد مؤثر بوده و بر شدت PTSD تأثیر گذار باشد. از نتایج حاصله، اینگونه می‌توان نتیجه گرفت که این بیماری با گذشت زمان، میل به مزمن شدن دارد.

از آنجایی که اکثر مطالعات بحث انگیز در زمینه PTSD پیشنهاد می‌کند که ارتباط بین PTSD و بیماری‌های روانی دو جانبه است. میزان شیوع اختلالات همراه با PTSD بسیار زیاد است [۱۶، ۱۱]. در این پژوهش نیز به بررسی یکی از ناتوان کننده‌ترین اختلالات روانپزشکی یعنی اختلالات شخصیت در بین جانبازان پرداخته شده است. اختلالات شخصیت بیانگر مجموعه‌ای از الگوهای رفتاری گوناگون و پیچیده هستند [۳۸]. نتایج به دست آمده در این پژوهش، شایع‌ترین اختلالات شخصیت در کل جمعیت جانبازان بررسی شده، به ترتیب، عبارت بودند از اختلال شخصیت افسرده (۱۲/۲ درصد)، مرزی (۹/۹ درصد)، خودشیفته (۷ درصد) و پارانوئید (۷ درصد). در گروه مبتلا به PTSD نیز شایع‌ترین مورد اختلال شخصیت مرزی (۱۸ درصد) بود و اختلالات شخصیت افسرده، اجتنابی، وابسته و پارانوئید (هر کدام ۱۰/۴ درصد) گزارش شده است. این نتایج با تحقیقات پیشین [۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۶۰] همسو است. در تبیین وجود اختلالات شخصیت ابتدا به دلایلی بر رابطه بین جنگ و ارتباطش با اختلالات شخصیت و PTSD می‌

سایر مشخصات زمینه‌ای این افراد در جدول ۱ نشان داده شده است. در کل افراد و بر اساس مقیاس اشل، ۶۷ جانباز (۳۹٪) مبتلا به PTSD تشخیص داده شدند. فراوانی ابتلا به این اختلال در زیرگروه‌های مختلف نیز در همان جدول ۱ ارائه شده است. از حجم نمونه ۱۷۲ نفر جانباز، ۱۷۱ نفر اطلاعات جمعیت شناختی را کامل تکمیل کرده‌اند. از نظر وضعیت تأهل همه افراد متأهل بودند. ۴۹ نفر (۱۷/۱۵٪) دیپلم و زیر دیپلم و ۱۲۲ نفر (۴۳/۳٪) لیسانس و بالاتر بودند. ۱۶ نفر (۵/۲٪) از خدمات درمانی و دارای سابقه بستری بودند. ۳۰ نفر (۹/۹٪) مصرف داروهای روانپزشکی داشتند. وضعیت درصد جانبازی، ۴۷ نفر (۷۳/۱٪) ۵۰ درصد و پایین‌تر بودند و ۲۰ نفر (۲۶/۹٪) بالای ۵۰ درصد بودند. ۲۳ نفر (۳۸/۶٪) مربوط به ارگان سپاه بودند، ۵۶ نفر (۳۲/۷٪) بسیج، ۳۱ نفر (۱۰/۵٪) مربوط به ارگان ارتش و نیروی انتظامی با فراوانی ۱۸ نفر (۶/۴٪) بودند.

بر اساس MCMI-III، شایع‌ترین اختلالات شخصیت در کل جمعیت جانبازان کل بررسی شد، به ترتیب، عبارت بودند از اختلال شخصیت افسرده (۱۲/۲٪)، مرزی (۹/۹٪)، خودشیفته (۷/۰٪) و پارانوئید (۷/۰٪). در گروه مبتلا به PTSD نیز شایع‌ترین مورد اختلال شخصیت مرزی (۱۷/۹٪) بود و همچنین فراوانی اختلالات شخصیت مرزی، اجتنابی، وابسته و منفی‌گرا در جانبازان مبتلا به PTSD به‌طور معناداری بالاتر از جانبازان غیرمبتلا بود (جدول ۲).

بحث

جنگ یکی از قدیمی‌ترین پدیده‌هایی است که در طول تاریخ مورد توجه تمامی جوامع بشری بوده است و بیشترین عامل اختلال استرس پس از سانحه را تشکیل می‌دهد. با توجه به هدف این مطالعه، مبنی بر برآورد شیوع PTSD در جانبازان ساکن شهر تهران، نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که شیوع PTSD با فراوانی ۶۷ نفر (۳۹ درصد) می‌باشد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های پیشین [۲، ۳۴، ۳۵، ۳۶] همسو است. در راستای تبیین وجود این اختلال در جانبازان، می‌توان گفت با توجه به تجربه‌ی ۸ سال جنگ تحمیلی در ایران که افراد با حضور در جبهه‌ها برای مدت طولانی و با در نظر داشتن تداوم استرس‌های موجود که خود زمینه‌ای برای شکل‌گیری این اختلال و منجر به مزمن شدنش بوده است، که خود می‌تواند موجب

افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و دیگر اختلالات روانی پیچیده تر کند [۴۵، ۴۸]. شخصیت افسرده جامعه جانبازان با از دست دادن توانایی های جسمی، همواره برای هر انسانی مشکلات اجتماعی و روانی خاص را پدید می آورد. این مشکلات معمولاً ناشی از عدم توانایی فردی در جهت انطباق شرایط جدید جسمی خود با واقعیت های موجود در محیط زندگی است. فشارهای روانی مختلف، چون بیکاری، نداشتن امکانات مالی کافی، بیماری های جسمی، اختلافات خانوادگی و والد شدن ممکن است باعث بروز یا تشدید اختلال شخصیت افسرده در جامعه جانبازان شود. ویژگی های مشترکی در مقیاس افسردگی و PTSD وجود دارد. این مقیاس بیشتر مربوط به مشکلات خلقی است و ویژگی هایشان کاهش لذت از فعالیت های روزمره، وابستگی شدید، ترس زیاد از صمیمیت، عدم کنترل خشم، بدبینی و ناسازگاری است. که این افراد در برقراری ارتباط دچار مشکل می شوند [۴۹]. اختلال شخصیت افسرده عامل پیش بینی کننده افسردگی در یک سال بعد در بین افراد مبتلا به PTSD گزارش شده است [۵۰]. اختلال خلقی دارای جنبه های خلقی و عاطفی است هرچند عوامل وراثتی در آنها نقش دارند، اما عوامل محیطی نیز نقش بسزایی دارد، استرس یکی از عواملی است که با عوامل وراثتی و عوامل محیطی تعامل دارد و باعث آشکار شدن علائم خلقی مستعد می شود؛ می توان گفت که این امر می تواند به این دلیل باشد که بین علائم اختلال شخصیت و علائمی از جمله اختلالات اضطرابی (به خصوص اختلال استرس پس از سانحه)، افسردگی و علائم جسمانی همپوشی وجود دارد و این امر از این نظر که اغلب اختلال استرس پس از سانحه با اختلالات بالینی (محو ۱)، مانند اختلالات خلقی و اضطرابی همراه بوده و عامل زمینه سازی برای این اختلال، استرس پس از سانحه است. نتایج این تحقیق مؤید این مطلب می باشد.

بنابراین جانبازانی که دارای نمره بالا در این نشانه ها هستند، هنگام افشاگری در مورد خویشتن به دلیل احتیاطی که دارند و اینکه نماینده قشر خاص و قابل احترام جامعه هستند، آنها را وادار می کند برای حفظ همیاران خود، خود را بهتر از آنچه که هستند ارزیابی کنند و به نوعی در پایین گزارش کردن نشانه های جسمانی، اضطراب و افسردگی

پردازیم؛ با در نظر داشتن وجود فشار روانی زیاد در جبهه- های جنگ بر روی رزمندگان، حتی آنهایی که قبلاً شخصیتی سالم و سازگاری اجتماعی خوبی داشتند از نظر روانی دچار فروزشکستگی و تغییراتی در شخصیت شدند که زمینه ساز برخی از اختلالات شخصیت می باشد. جنگ با وجود امواج وسیع، باعث ایجاد صدمه در سیستم لیمبیک، واقع در قسمت گیجگاهی مغز می شود. این سیستم در تنظیم خشم و عصبانیت مؤثر است به صورتی که طیف وسیعی از اختلالات شخصیت، ممکن است در این نواحی شکل بگیرد. صدمه در نواحی جلوی پیشانی نیز باعث عدم کنترل بر روی خشم و انجام اعمالی بدون در نظر گرفتن عواقب آن می شود که بیشتر در جانبازان موجی قابل مشاهده است و این مطلب نشانگر تأثیر امواج صوتی بمب ها و سلاح های شیمیایی جنگ در تغییرات سبک و روش زندگی و خصوصیات شخصیتی در افراد می باشد یافته هارا براساس سه عامل مهم خود فاجعه، تجربیات پس از واقعه و شخصیت فرد، برای یافتن ارتباط میان اختلالات شخصیت و PTSD، مورد بررسی قرار داده می شود. ابتدا به خود فاجعه پرداخته می شود، میزان و شدت استرس براساس مدت زمانی که فرد تجربه می کند، دیدن صحنه ها و شنیده هایی در این رابطه با وجود ملاک های تشخیص PTSD و اینکه وجود یک تروما به صورتی که باید، از نظر روانی خارج از محدوده ی تجربیات معمولی فرد قرار گیرد و تقریباً در هر کسی مؤثر باشد و او را برانگیزد حال ضربه روانی می تواند فردی (تجاوز جنسی)، گروهی (جنگ) و یا بلایای طبیعی باشد و با توجه به این موضوع که فرد در هر روز صبح (در زمان حضور در جنگ)، بیشتر در معرض خطر باشد که این خود فراتر از تجارب زندگی جمعیت عمومی می باشد [۴۶]. وجود شباهت در ملاک های اختلالات شخصیت به خصوص اختلال شخصیت مرزی با PTSD که برخی از پژوهشگران این دو اختلال را یک اختلال می دانند. تشابه برخی از ملاک های تشخیصی این دو اختلال مانند نوسان خلقی است که این نوسان معمولاً چند ساعت طول می کشد [۴۷] و اغلب به صورت دوره هایی با علائم شدید کج خلقی، تحریک پذیری و اضطراب واکنشی همراه است [۴۸]. نتایج مطالعات بالینی بر این باورند که تجربه و اجتناب در اختلالات شخصیت می توانند روند درمان را در

خویش در جهت مثبت جلوه دادن خویش اغراق می‌کنند. نسبت به توانایی‌های خود دیدگاهی اغراق آمیز دارند و در خصوص موفقیت‌های بزرگ گذشته خود مشغولیت ذهنی دارند. البته این افراد دارای عزت نفس شکننده‌ای هستند [۶۳]. همچنین همبودی بالای PTSD با اختلال شخصیت مرزی که در برابر استرس از منابع محدودی در ارزیابی و رویارویی با حوادث پس از سانحه به شمار می‌رود، خود موجب توسعه اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد. همچنین، ممکن است که تروما به تنهایی و به خودی خود، باعث تغییرات پایدار در شخصیت فرد شود [۶۷،۶۶،۶۵]. ویژگی مشترک اصلی اختلالات شخصیت و PTSD، استرس است. ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی باعث توسعه و عدم پاسخ‌دهی مناسب به علائم اصلی اختلال استرس پس از سانحه در طول زندگی است که این خود باعث بروز اختلال استرس پس از سانحه می‌شود. در این راستا نیز ویژگی‌های مشترک زیست‌شناختی عصبی مربوط در تکانشگری نیز می‌تواند به نرخ بالایی از وقوع اختلال شخصیت مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه منجر شود [۵۱]. همراهی این دو اختلال شخصیت با PTSD، سبب فرجام ناگوارتر و بروز بیشتر رفتارهای ناسازگار و آسیب‌رسان می‌شود [۲۷، ۲۶، ۳۸ تا ۴۵ و ۵۹]. مطالعات جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی PTSD، در جانبازان تنها در میزان تحصیلات تفاوت معنادار داشت که با نتایج تحقیقات صورت گرفته در ایران توسط ریشه‌ری [۳۸] همسواست: اولاً آزمودنی‌هایی که از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار هستند معمولاً مراقبت‌های بهداشتی بالاتری از خود انجام می‌دهند و در نتیجه آگاهی بالاتری از بیماری جسمی و روانی دارند و در صورت لزوم آمادگی بیشتری جهت انجام اقدامات درمانی دارند. از طرفی افراد دارای تحصیلات بالاتر به دلیل اهمیت بیشتری که برای سلامت جسمی و روانی خود قائل هستند دست به کارهای پیشگیرانه‌ی بیشتری می‌زنند. همچنین افراد دارای تحصیلات بالاتر معمولاً در موقعیت‌های مالی مناسب‌تری قرار می‌گیرند و بهتر می‌توانند از خدمات پزشکی، روانشناسان، مشاوران، و روانپزشکان برخوردار باشند؛ لذا این خدمات می‌توانند در صورت لزوم به افراد کمک کنند. ثانیاً بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های روانی در سه سطح خفیف، متوسط و شدید قرار

دارند؛ بنابراین افرادی که از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار هستند هنگامی که دچار بیماری روانی می‌شوند و این بیماری در سطح خفیف قرار دارد پیش‌آگهی بهتری جهت درمان دارد، به متخصصان مراجعه کرده و احتمال درمان هم‌افزایش می‌یابد؛ در صورتی که افرادی که از سطح تحصیلاتی پایین‌تری برخوردار هستند، هنگامی از بیماری خود اطلاع پیدا می‌کنند که این بیماری در سطح شدید قرار دارد، لذا احتمال درمان نیز کاهش پیدا می‌کند. همچنین در بررسی وضعیت مصرف دارو و سابقه بستری شدن در بیمارستان، تفاوت معناداری مشاهده نشد. در پژوهش حاضر هم برخی محدودیت‌ها به شرح زیر وجود داشت: ۱. نتایج پژوهش حاضر صرفاً قابل‌تعمیم به جانبازان شهر تهران می‌باشد. ۲. همکاری ضعیف اکثریت جانبازان در تکمیل پرسش‌نامه‌ها. ۳. همکاری ضعیف برخی از مدیران اجرایی در طول اجرا و گردآوری داده‌ها. ۴. مزمن بودن اختلال PTSD و بیشتر شدن پیچیدگی‌های روان‌شناختی را باگذشت زمان، امکان مطالعه را سخت‌تر می‌نماید. ۶. این پژوهش روی جانبازان جنس مذکر اجرا شده و قابل‌تعمیم به جنس مؤنث نمی‌باشد. که با توجه به گستره‌ی نظری موجود و یافته‌ها و محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان پیشنهادها و جهت‌گیری‌های پژوهشی زیر را ارائه نمود که فراهم‌کننده‌ی زمینه‌های پژوهشی جدیدی می‌باشند: ۱. به پژوهشگران دیگر توصیه می‌شود به بررسی رابطه میان این اختلال با سایر اختلالات روانپزشکی بپردازند. ۲. به پژوهشگران دیگر پیشنهاد می‌گردد به بررسی این رابطه در سطح وسیع‌تری بپردازند. ۳. به پژوهشگران دیگر پیشنهاد می‌گردد گروه هدف آنها محدود به جانبازان نباشد؛ بلکه افراد شرکت‌کننده در جنگ که جانباز نیستند هم مورد مطالعه قرار دهند. ۴. هرچند پژوهش حاضر با پرسشنامه انجام شده، بهتر است پژوهش با سایر روش‌های گردآوری داده‌ها همچون مصاحبه یا مشاهده یا روش پژوهش کیفی نیز انجام شود. ۵. به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود که روی جانبازان مؤنث هم شیوع اختلال استرس پس از سانحه را بررسی کنند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از طرح پایان‌نامه است و با هزینه بنیاد جانبازان انقلاب اسلامی انجام شده است. از همه ایثارگران

13- Sadock, BJ & Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry; New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

14- Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, Yazdi SA, Rahgozar M, Alaghbandrad J, Amini H, Razaghi EM, Mesgarpour B, Soori H, Mohammadi M, Ghanizadeh A. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2005; (26):1-16. [Persian].

15- Ahmad Vand A, Sepehrmanesh Z, Qureshi F, Assarian F, Mousavi GH, Saiee R, Etesami F. Prevalence of mental disorders in the general population of the city of Kashan in 2009. J of Epidemiology community in Iran. 2009; (6):16-24. [Persian].

16- Fathi Ashtiani A, Carami nia A. Clinical evaluation of psychological traumas of war. J Military Med. 2002; (4): 24-35. [Persian].

17- Okhvat VA, Galili A. Psychological characteristics of a sample of South Front veterans: J Med Systems. 1982; (4): 14-20. [Persian].

18- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences. Clinical psychiatry (10th Ed). North Am: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

19- Karbassi M. Personality disorders in college students. Proceedings of the Third Seminar on student mental health. 2011; (4):91-93. [Persian].

20- Hashemian F, Khoshnood K, Desai MM, Falahati F, Kasi S, Southwick S. Anxiety, depression, and posttraumatic stress in Iranian survivors of chemical warfare. JAMA. 2006. 296(5): 560-566. [Persian].

21- Renshaw KD, Rodrigues CS, Jones DH. Combat exposure, psychological symptoms, and marital satisfaction in national guard soldiers who served in operation Iraqi freedom from 2005 to 2006. Anxiety stress Coping. 2009; 22(1):101-15.

22- Renshaw KD, Rodrigues CS, Jones DH. Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom veterans: Relationships with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. J Fam Psychol. 2008; 22(4):586.

23- Cloninger CR, Svrakic DM. Personality disorders. In: Rubin EH, Zorumski CF, editors. J MA. 2005; 290-306.

24- Fatehizadeh M, Emami T, Najarian B. Prevalence of symptoms of antisocial personality disorder, narcissistic, histrionic and borderline among girl students. J Knowl and behav. 2009; (22):47-58. [Persian].

25- Southwick SM, Yehuda R, Giller EL. Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 1993; 150(7):1020-1023.

26- Bollinger AR, Riggs DS, Blake DD, Ruzek JI. Prevalence of personality disorders among combat

شرکت کننده در این پژوهش و مسئولان محترم بنیاد
جانبازان انقلاب اسلامی قدر دانی می شود.

منابع

1- Levin TG, Carr VJ, Webster RA. Recovery from post earthquake psychological morbidity. Aust N Z J Psychiatry. 1998; 32(1):15-20.

2- Basoglu, M, Livanou M, Salcioglu E, & Kalender, D. A brief behavioral treatment of chronic post traumatic stress disorder in earthquake survivors: Results from an open clinical trial. Psychol Med. 2003; (4):647-54.

3- Abhari-Ahmadi SA. Long-term effects of war on psychosocial status of patients with post-traumatic stress disorder. proceedings of the third symposium of neurological complications psychol War. Tehran; 2000. p. 65-69. [Persian].

4- Azad-Marzabadi E, Moqtadaee K, Aria-Pooran S. The effectiveness of mindfulness training on psychological symptoms in veterans with post-traumatic stress disorder. J Behav Sciences. 2013; 67-74. [Persian].

5- Sohrabi F. Bring on the new diagnosis of posttraumatic stress disorder. J psychol. 2002; (7):186-194. [Persian].

6- Abdollahzadeh jedi A, Hashemi Nsrabad T, bakhshi por E. Dimensions of temperament - Secretary of individuals with posttraumatic stress disorder and healthy subjects. J Counseling and Psychotherapy culture. 2012; (6):107-119. [Persian].

7- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text revision. Washington. (2000). DC: Am Psychiatric Association.

8- Kearney DJ, McDermott K, Malte C, Martinez M, Simpson TL. Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. J Clin Psychol. 2012; 68(1):101-16.

9- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(6):593-602.

10- Klein S, Alexander DA. Epidemiology and presentation of post-traumatic disorders. Psychiatry. Trauma and stress related disorders. 2006; 5(7): 225-7.

11- Gratz KL, Tull MT. Exploring the relationship between posttraumatic stress disorder and deliberate self harm: The moderating roles of borderline and avoidant personality disorders. Psychiatr Res. 2012; 199(1):19-23.

12- Nutt D, Davidson J, Zobar j, Dunitz MJ. Post-traumatic stress disorder: Diagnosis, management and treatment. Ist eid. 2000; 147-161.

- U.S. population. *J Psychiatr Res.* 2010; 44(16): 1190-1198.
- 41- Gratz KL, Tull MT. Exploring the relationship between posttraumatic stress disorder and deliberate self harm: The moderating roles of borderline and avoidant personality disorders. *Psychiatr Res.* 2012; 199 (1): 19-23.
- 42- Miller MW, Resick PA. Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: implications for the understanding of complex PTSD. *Behav Therapy.* 2007; (38):58-71.
- 43- Connor KM, Davidson JRT, Hughes DC, Swartz MS, Blazer DG, George LK. The impact of borderline personality disorder on post-traumatic stress in the community: a study of health status, health utilization, and functioning. *Compr Psychiatry.* 2002; (43):41-48.
- 44- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich D B, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2006; (163):827-832.
- 45- Crits-Christoph, P. Psychosocial treatments for personality disorders. In P. Nathan & J. Gorman (Eds.), *A guide to treat that work.* 1998; 544-553.
- 46- Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, revised.* Sarasota: Professional Resour Press. 1994.
- 47- Aftekhkar M, Shabani A. Borderline personality disorder is a type of bipolar disorder. *J Psychiatry and Clinil Psychol.* 2010; (2):147-158. [Persian].
- 48- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of Gen Psychiatry.* 1995; 52(12):104-160.
- 49- Jina Pagura AD, Murray B, Stein BC, James M, Bolton AD, Brian J, Cox ADC, Bridget Grant f, Jitender Sareen. Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *J Psychiatric Res.* 2010; (44):1190-1198.
- 50- Fathi Ashtiani A. *Cognitive tests (Assessment of Personality and Mental Health)*, Tehran; Press Beast. 2009. [Persian].
- 51- Morf CC, Rhode F. Unraveling the paradoxes of narcissism: A Dynamic self- regulatory processing model. *Psychol Inquiry.* 2001; (12):177-196.
- 52- Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1989; 146(4):490-495.
- 53- Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill EM. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1990; 147(8):1008-1013.
- 54- Zanarini, MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1998; (155):1733-1739.
- veterans with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 2000; (13): 255-270.
- 27- Marteinsdottir I, Tillfors M, Furmark T, Anderberg UM, Ekselius L. Personality dimensions measured by the temperament and character inventory (TCI) in subjects with social phobia. *J Clin Psychiatry.* 2003; (57): 29-35.
- 28- King AR. Relationships between CATI personality disorder variables and measures of academic performance. *Personality and Individual Differences.* 2000; (29): 177-190.
- 29- Johnson JG, Cohen P, Smailes E, Kasen S, Oldman JM, Skodol AE, Brook J. Adolescent personality Disorders Associated with Violence and Criminal Behavior during Adolescence and Early Adulthood. *Am J psychiatry.* 2000; (157):1406-1412.
- 30- Shabani A. PTSD research literature in Iran. *J psych & clini psychology.* 2010; 323-329. [Persian].
- 31- Azizi M, Mahmodizadeh M, Jacob pur P. The relationship between state and trait anxiety disorders, personality and marital satisfaction. *Contemporary psychol.* 2011; (5):529-531. [Persian].
- 32- Godarzi MA. The study of validity and reliability of Mississippi posttraumatic stress disorder scale. *J Psychol I.* 2003; 7(2):153-78. [Persian].
- 33- Sharifi A, Molavi H, Namdari K. Diagnostic validity of the Millon Clinical Multiaxial Test 3. *Scholars in Psychology.* 2007; (34):27-38. [Persian].
- 34- Fathi Ashtiani A, Carami nia A. Clinical evaluation of psychological traumas of war. *J Military Med.* 2002; (4). [Persian].
- 35- Farhadi M. *Psychiatric nursing services in the war injuries. Symposium on war-related mental nervous. Volume II.* Tehran: Press Bonyad; 2003. [Persian].
- 36- Galili A, Dadvdyan H. Research on mental illness caused by the conflict. *J Military Med.* 1982; (5):293-302. [Persian].
- 37- Pauladi Reyshahri A, Golestane M. The prevalence of personality disorders in veterans of Bushehr province. *Contemporary Psychol.* 2010; (5):206-208. [Persian].
- 38- Kulka RA. *Trauma and the Vietnam war generation: report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study.* New York: Brunner/Mazel; 1990.
- 39- Gunderson JG, Sabo AN. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry.* 1993; (150):19-27.
- 40- Pagura J, Stein MB, Bolton JM, Cox BJ, Grant B, Sareen J. Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the

55- Harned MS, Rizvi SL, Linehan MM. The impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. Am J Psychiatry.2010; 167(10):1210-1217



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Prevalence of Post Traumatic Stress Disorder and Comorbid Personality Disorders in the Groups Veterans Tehran City

Shafiee-Kamalabadi, M. *M.A., Bigdeli, I. Ph.D., Alavi, K. Ph.D., Kianersi, F. Ph.D.

Abstract

Introduction: IRAN has experienced eight years of war and currently more than 5,000 war veterans are living in Tehran but accurate information about their mental health status is unknown. This study aimed to determine the prevalence of post traumatic stress disorder (PTSD) in veterans of Tehran.

Method: Research design, the nature and objectives of the survey are described. 172 people of veterans of five different areas in Tehran were selected by random cluster sampling to participate in the research. The research questionnaires included: Mississippi traumatic stress scale (scale) and the Millon Clinical Multiaxial questionnaires 3 (MCMI-III) was completed. Data were analyzed using significant test for two independent proportions.

Results: The prevalence of post traumatic stress disorder in veterans was 39 percent. Percentage of chemical injury was under 25 percent and higher than a bachelor's degree was associated with a lower risk of suffering from this disorder ($p < 0/05$). The most common personality disorders are associated with this disorder Among veterans with PTSD and non-PTSD patients, borderline personality disorder, respectively 17/9% post traumatic stress disorder, 4/8% non-veterans with post traumatic stress disorder, avoidant personality disorders 10/4% vs 1/9%, dependent 10/4% vs. 0% and Negatively oriented 5/7% vs. 1% as compared to veterans with other veterans was higher ($p < 0/05$).

Conclusion: Post traumatic stress disorder in war veterans of the population is high and significant comorbid with personality disorders requires a careful assessment of mental health status of those shows.

Keywords: Prevalence, Post Traumatic Stress Disorder, Personality Disorder, Veterans

*Correspondence E-mail:
sunday20@yahoo.com

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی