

مقایسه منش و ابعاد آن در بیماران افسرده با و بدون سابقه اقدام به خودکشی

فاطمه زینالپور قطار*^۱، عباس ابوالقاسمی^۲

^۱گروه روانشناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

^۲گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

*نویسنده مسئول: فاطمه زینالپور

ایمیل نویسنده مسئول: F.zeynalpour@chmail.com

چکیده

هدف از انجام تحقیق مقایسه منش و ابعاد آن در بیماران افسرده با و بدون سابقه اقدام به خودکشی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران افسرده مراجعه کننده به مراکز بالینی شهر ارومیه در سال ۱۳۸۹ بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۹۰ نفر که ۶۰ نفر از آنها بیماران افسرده (۳۰ نفر با سابقه اقدام به خودکشی و ۳۰ نفر بدون سابقه اقدام به خودکشی) و ۳۰ نفر از افراد بهنجار بودند که از میان بیماران افسرده در مراکز بالینی شهر ارومیه به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. از پرسشنامه سرشت و منش، پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس خودکشی MMPI جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شد. داده های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی LSD مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین منش و منش (ابعاد آنها) در سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین بین نمرات ابعاد خودراهبری، همکاری و خود فراروی بین سه گروه بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی، بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی و افراد بهنجار تفاوت معنی داری بدست آمده است. میانگین نمرات منش در "افراد بهنجار از بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی و بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی" بیشتر است و میانگین نمرات "بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی از بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی" به طور معنی داری بیشتر است.

واژه‌های کلیدی: منش، مداخله بالینی، بیماری

۱- مقدمه

افسردگی مرضی^۱ به قدری شایع است که سرماخوردگی روانپزشکی لقب گرفته است. در هر مقطع معینی از زمان ۲۰-۱۵ درصد بزرگسالان، در سطح قابل توجهی، از نشانه های افسردگی رنج می برند و حداقل، ۱۲ درصد به میزانی از افسردگی که آنها را در مرحله ای از زندگی به سمت درمان بکشاند، مبتلا هستند. حدس زده می شود که حدود ۷۵ درصد موارد بستری در بیمارستانهای روانی را موارد افسردگی تشکیل می دهند. به دلایلی که هنوز روشن نیست در جوامع صنعتی غرب، افسردگی در زنان، تقریباً دو برابر این میزان در مردهاست (ملایری و همکاران، ۱۳۸۷). اختلال افسردگی یکی از شایعترین اختلالهای خلقی و عاطفی و بزرگترین بیماری قرن حاضر به شمار می رود. تصور می شود که حدود ۷۵ درصد موارد بستری در بیمارستانهای روانی را افسردگی تشکیل می دهد. بیماران افسرده بالاترین میزان خودکشی جهان را دارا هستند. در تمام تحقیقات مربوط به خودکشی در جهان، نشانی از افسردگی اساسی وجود دارد. میزان خودکشی در بیماران افسرده اساسی برای مردان ۴۰۰ در یک صد هزار نفر و برای زنان ۱۸۰ در یک صد هزار نفر است که این بالا ترین آمار خودکشی در بین سایر بیماریهاست. میزان خودکشی در مردان افسرده بیشتر از زنان افسرده است. همچنین سازمان بهداشت جهانی میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی را در بیماران افسرده ۱۵ درصد ذکر کرده است. خودکشی^۲ به عنوان یک اورژانس روانپزشکی و یکی از آسیبها و کج رویهای مهم اجتماعی و بهداشتی است که همه جوامع اعم از پیشرفته و در حال توسعه با آن مواجه است. افزایش نرخ روز افزون آن نگرانی فزاینده ای را برای جوامع امروز به همراه آورده است. خسارات فردی و اجتماعی آن غیر قابل جبران بوده و پژوهش در این زمینه را ضروری می سازد. شیوع تمام عمر خودکشی در غالب کشورها حدود ۱۲/۵ درصد جمعیت را شامل می شود. در حال حاضر هر ۴۰ ثانیه یک نفر جان خود را بوسیله خودکشی از دست می دهد. سالانه در جهان یک میلیون نفر خودکشی و بیست میلیون نفر اقدام به خودکشی می کنند (نوشین، ۱۳۸۶). منش شامل دریافت های منطقی در باره خود، دیگران و دنیا است و بیشتر ویژگیهایی را شامل می شود که تحت تاثیر عوامل محیطی در ساختار شخصیتی فرد پدید می آید. کلونینجر (۱۹۹۴) سه بعد را برای منش در نظر گرفته است. بعد "خودراهبری بر پایه پنداشت از خویشتن" است که به عنوان یک فرد مستقل و دارای زیر مجموعه هایی نظیر وحدت، احترام، عزت، تاثیربخشی، رهبری و امید، تعریف می شود. همچنین بعد "همکاری بر پایه پنداشت از خویشتن" به عنوان بخشی از جهان انسانی و جامعه قرار دارد که از آن حس اعتماد اجتماعی، رحم و شفقت، وجدان و تمایل به انجام امور خیریه مشتق می شود. "خود فراروی بر پایه مفهومی از خویشتن" که به عنوان بخشی از جهان و منابع پیرامون آن مطرح شده است، تعریف می شود که با پندارهای حضور رازگونه مذهبی و متانت و صبوری غیرمشروط همراه است (کلونینجر و شوراکیک^۳، ۲۰۰۵). کنراد و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که بیماران دارای افکار خودکشی، در خودراهبری نمره کمتر و در خودفراروی، نمره بالایی کسب می کنند. از اینرو هدف از انجام تحقیق مقایسه منش و ابعاد آن در بیماران افسرده با و بدون سابقه اقدام به خودکشی بود.

روش شناسی

روش تحقیق توصیفی از نوع علی مقایسه ای بود. جامعه پژوهش کلیه بیماران افسرده مراجعه کننده به مراکز بالینی شهر ارومیه در سال ۱۳۸۹ بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۹۰ نفر که ۶۰ نفر از آنها بیماران افسرده (۳۰ نفر با سابقه اقدام به خودکشی و ۳۰ نفر بدون سابقه اقدام به خودکشی) و ۳۰ نفر از افراد بهنجار بودند که از میان بیماران افسرده در مراکز بالینی شهر ارومیه به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. در ابتدا با کسب مجوز از آموزش دانشکده برای مراجعه به مراکز بالینی، افرادی که تشخیص افسردگی اساسی را دریافت نمودند، شناسایی شدند. در مرحله بعد برای اطمینان از تشخیص روانپزشک مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی برای اختلال افسردگی در مورد آنها اجرا شد. بعد از تشخیص، پرسشنامه های مورد نظر در اختیار بیماران قرار گرفت و از آنها خواسته شد که با دقت به سئوالات پاسخ دهند. در خصوص ملاحظات اخلاقی پس از کسب رضایت نامه از افراد و دادن آگاهی های لازم، به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده فقط در این

^۱ -Pathological depression

^۲ -suicide

^۳ - Cloninger & Svrakic

پژوهش استفاده خواهد شد و از هرگونه سوء استفاده محفوظ خواهد بود. برای اندازه گیری متغیرهای پژوهش از پرسش نامه های به شرح زیر استفاده شد.

مصاحبه بالینی ساخت یافته: برای تشخیص اختلالات محور I در DSM-IV مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات محورا مصاحبه ای انعطاف پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز^۴ (۱۹۹۵؛ به نقل از سگال^۵، ۱۹۹۷) تهیه شده است. به اعتقاد سگال (۱۹۹۷) این مصاحبه برای تشخیص اختلالات روانی اعتبار خوبی دارد. این مصاحبه در ایران توسط شریفی و همکاران (۱۳۷۴) در قالب یک کتابچه نیز ترجمه و منتشر شده است.

پرسشنامه سرشت و منش: پرسشنامه سرشت و منش توسط کلونینجر و همکاران (۱۹۹۴) برای اندازه گیری سرشت زیست ژنتیکی و منش اکتسابی ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۲۵ سوال دارد و هر آزمودنی به این سئوالات به صورت صحیح و غلط پاسخ می دهد. در این پرسشنامه سرشت ۴ بعد (نوجویی، اجتناب از آسیب، وابستگی به پاداش و پشتکار) و منش ۳ بعد (خود راهبری، همکاری، خود فراروی) دارد. با توجه به هدف پژوهش داده های سرشت مورد تحلیل قرار گرفتند. در پژوهشی آلون سو^۶ و همکاران (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرانباخ پرسشنامه را بالای ۰/۶۸ گزارش کردند (به نقل از کاویانی و محقق شناس، ۱۳۸۶). کاویانی و محقق شناس (۱۳۸۶) ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را در مقیاسهای ۷ گانه از ۰/۶۱ تا ۰/۹۶ بدست آوردند. بین مقیاسهای ۴ گانه سرشت با هم و مقیاسهای ۳ گانه منش همبستگی معنی داری بدست نیامد. این بدان معنی است مقیاسها از یکدیگر مستقل هستند. ضریب همبستگی فرم کوتاه این پرسشنامه با فرم بلند ۰/۶۲ بدست آمده است.

پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم: پرسشنامه افسردگی بک، ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک، مندلسون، موک و واریاف معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۸۷ منتشر شد و در سال ۱۹۹۶، توسط بک، استیر و براون، شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک، برای سنجش شدت افسردگی تدوین شد. بدین ترتیب، این آزمون با ملاکهای تشخیصی اختلالهای افسردگی DSM-IV هماهنگی بیشتری یافت. این پرسشنامه، همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه ای را که شدت علامت افسردگی خودش را نشان می دهد، برمی گزیند. نمره کل پرسشنامه، دامنه ای از صفر تا ۶۳ دارد. در این پژوهش فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک مورد استفاده قرار گرفته است. پژوهشهای انجام شده درباره پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم به طور ثابت ضرایب همسانی درونی بالا در دامنه ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ را در جمعیت های مختلف نشان داده است. ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله یک هفته ۰/۹۳ بدست آمد. نتیجه ارزیابی روایی محتوایی، همزمان، تمیزی و تحلیل عاملی به طور کلی مطلوب بوده است. مشخصات روانسنجی این پرسشنامه روی نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح بود: ضریب آلفای کرانباخ ۰/۹۱، ضریب پایایی دو نیمه سازی ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمایی، به فاصله یک هفته ۰/۹۴. همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش اول) ۰/۹۳ بوده است. این آزمون با مقیاس درجه بندی افسردگی همیلتون ۰/۷۱، مقیاس ناامیدی بک ۰/۶۸ و مقیاس استرس - اضطراب-افسردگی ۰/۸۸ همبستگی دارد (به نقل از کاویانی و محقق شناس، ۱۳۸۶).

چک لیست نشانه های خودکشی: پرسشنامه ای که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است، پرسشنامه ۲۲ سوالی مربوط به افکار خودکشی است که از میان مقیاسهای تکمیلی پرسشنامه MMPI-II انتخاب شده است. داده های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی LSD مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

آمار توصیفی متغیرهای تحقیق در جدول ۱ ارائه شده است. همانطور که در جدول مشاهده می شود میانگین (و انحراف استاندارد) منش در بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی ۳۴/۳۳ (۴/۴۴)، بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی ۲۶/۸۶ (۸/۱۷) و افراد بهنجار ۴۸/۹۰ (۶/۲۱) می باشد.

4 - First , Spitzer , Gibbon , Williams
5 - Segal
6 - Alonso

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد منش و ابعاد آن در سه گروه مورد مطالعه

ابعاد منش		افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی		افسرده با سابقه اقدام به خودکشی		بهنجار	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۶/۴۳	۳/۲۹	۴/۳۰	۳/۷۸	۱۸/۴۶	۱/۹۲		
۱۳/۹۶	۳/۶۷	۱۰/۹۶	۵/۴۸	۲۰/۷۰	۱/۸۷		
۱۳/۹۳	۲/۲۵	۱۱/۶۰	۱/۳۲	۹/۷۳	۳/۸۷		
۳۴/۳۳	۴/۴۴	۲۶/۸۶	۸/۱۷	۴۸/۹۰	۶/۲۱		

نتایج آزمون لوین معنی دار نبود. بر اساس این نتایج پیش فرض همگنی واریانس ها در متغیرهای فوق در سه گروه تایید شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی دار نبود، در نتیجه استفاده از آزمونهای پارامتریک بلا مانع است. همچنین برای بررسی فرض همگنی کواریانس ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی دار نیست ($\text{box}=16/25 \quad F=1/78 \quad P=0/18$) و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کواریانس ها برقرار است.

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می شود سطوح معناداری همه آزمونها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می شمارد. این نتایج نشان می دهند که در میان بیماران افسرده، افسرده اقدام کننده به خودکشی و افراد بهنجار، حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می دهد که تفاوت بین سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۸۲ درصد است یعنی ۸۲ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین سه گروه در تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می باشد.

جدول ۲. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری نمرات منش و ابعاد آن در سه گروه مورد مطالعه

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	p	مجذور اتا	
مدل	اثر پیلابی	۰/۹۷۴	۱۰۶/۸	۳	۸۵	۰/۰۰۰	۰/۹۷۴
	لامبدا ویلکز	۰/۰۲۶	۱۰۶/۸	۳	۸۵	۰/۰۰۰	۰/۹۷۴
	اثر هتلینگ	۳۷/۶۸۸	۱۰۶/۸	۳	۸۵	۰/۰۰۰	۰/۹۷۴
	بزرگترین ریشه خطا	۳۷/۶۸۸	۱۰۶/۸	۳	۸۵	۰/۰۰۰	۰/۹۷۴
گروه	اثر پیلابی	۰/۹۹۳	۲۸/۲۶	۶	۱۷۲	۰/۰۰۰	۰/۸۲۱
	لامبدا ویلکز	۰/۱۴۸	۴۵/۲۴	۶	۱۷۰	۰/۰۰۰	۰/۸۲۱
	اثر هتلینگ	۴/۷۹۱	۶۷/۰۷	۶	۱۶۸	۰/۰۰۰	۰/۸۲۱
	بزرگترین ریشه خطا	۴/۵۸۳	۱۳/۱۴	۳	۸۶	۰/۰۰۰	۰/۸۲۱

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می شود بین میانگین نمرات منش در سه گروه بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی، بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی و افراد بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد ($F=90/26$ ، $P<0/001$). همچنین بین نمرات ابعاد خودراهبری ($F=181/46$)، همکاری ($F=47/46$) و خود فراروی ($F=18/20$) بین سه گروه

بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی، بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی و افراد بهنجار تفاوت معنی داری بدست آمده است ($P < 0/01$).

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) بر روی نمرات منش و ابعاد آن در سه گروه مورد مطالعه

P	F	MS	df	SS	متغیر وابسته	
۰/۰۰۰	۸۸۴/۰۰	۸۵۲۶/۴۰	۱	۸۵۲۶/۴۰	خودراهبری	مدل
۰/۰۰۰	۱۳۲/۶	۲۰۸۲۴/۰۱	۱	۲۰۸۲۴/۰۱	همکاری	
۰/۰۰۰	۱۷۰/۴	۱۲۴۳۷/۳۷	۱	۱۲۴۳۷/۳۷	خودفراروی	
۰/۰۰۰	۲۹۰/۵	۱۲۱۲۲/۱۰	۱	۱۲۱۲۲/۱۰	کل	
۰/۰۰۰	۱۸۱/۴۶	۱۷۵۰/۲۳	۲	۳۵۰۰/۴۶	خودراهبری	گروه
۰/۰۰۰	۴۷/۴۶	۷۴۵/۳۷	۲	۱۴۹۰/۷۵	همکاری	
۰/۰۰۰	۱۸/۲۰	۱۳۲/۸۴	۲	۲۶۵/۶۸	خودفراروی	
۰/۰۰۰	۹۰/۲۶	۳۷۶۷/۰۳	۲	۷۵۳۴/۰۶	کل	
		۹/۶۴	۸۷	۸۳۹/۱۳	خودراهبری	خطا
		۱۵/۷۰	۸۷	۱۳۶۶/۲۳	همکاری	
		۷/۲۹	۸۷	۶۳۴/۹۳	خودفراروی	
		۴۱/۷۳	۸۷	۳۶۳۰/۸۳	کل	

برای مقایسه میانگین نمرات منش و ابعاد آن (خودراهبری، همکاری، خودفراروی) در گروهها به صورت دو به دو از آزمون LSD استفاده شد (جدول ۴). میانگین نمرات منش در "افراد بهنجار از بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی و بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی" بیشتر است و میانگین نمرات "بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی از بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی" به طور معنی داری بیشتر است ($P < 0/001$). نتایج همچنین نشان می دهد در ابعاد خود راهبری و همکاری نمرات "افراد بهنجار از دو گروه دیگر" و نمرات "بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی از بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی" به طور معنی داری بیشتر است ($P < 0/001$). همچنین در بعد خودفراروی نمرات "گروه افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی بیشتر از دو گروه دیگر" و نمرات "بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی از افراد بهنجار" بیشتر است.

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات منش و ابعاد آن در ۳ گروه مورد مطالعه با آزمون LSD

۳	۲	۱	گروه	ابعاد منش
-۱۲/۰۳ (۰/۰۰۰)	۲/۱۳ (۰/۰۰۰)	-	افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی	خود راهبری
-۱۴/۱۶ (۰/۰۰۰)	-	-۲/۱۳ (۰/۰۰۰)	افسرده با سابقه اقدام به خودکشی	
-	۱۴/۱۶ (۰/۰۰۰)	۱۲/۰۳ (۰/۰۰۰)	بهنجار	
-۶/۷۳ (۰/۰۰۰)	۳/۰۰ (۰/۰۰۰)	-	افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی	

همکاری	افسرده با سابقه اقدام به خودکشی	-۳/۰۰ (۰/۰۰۰)	-	-۹/۷۳ (۰/۰۰۰)
	بهنجار	۶/۷۳ (۰/۰۰۰)	۹/۷۳ (۰/۰۰۰)	-
خود فراروی	افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی	-	۲/۳۳ (۰/۰۰۰)	۴/۲۰ (۰/۰۰۰)
	افسرده با سابقه اقدام به خودکشی	-۲/۳۳ (۰/۰۰۰)	-	۱/۸۶ (۰/۰۰۰)
	بهنجار	-۴/۲۰ (۰/۰۰۰)	-۱/۸۶ (۰/۰۰۰)	-
کل	افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی	-	۷/۴۶ (۰/۰۰۰)	-۱۴/۵۶ (۰/۰۰۰)
	افسرده با سابقه اقدام به خودکشی	-۷/۴۶ (۰/۰۰۰)	-	-۲۲/۰۳ (۰/۰۰۰)
	بهنجار	۱۴/۵۶ (۰/۰۰۰)	۲۲/۰۳ (۰/۰۰۰)	-

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام تحقیق مقایسه منش ابعاد آن در بیماران افسرده با و بدون سابقه اقدام به خودکشی بود. یافته ها نشان داد که بین میانگین نمرات منش در سه گروه بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی، بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی و افراد بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین نمرات ابعاد خودراهبری، همکاری و خود فراروی بین سه گروه بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی، بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی و افراد بهنجار تفاوت معنی داری بدست آمده است. میانگین نمرات منش در "افراد بهنجار از بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی و بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی" بیشتر است و میانگین نمرات "بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی از بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی" به طور معنی داری بیشتر است. نتایج همچنین نشان می دهد در ابعاد خود راهبری و همکاری نمرات "افراد بهنجار از دو گروه دیگر" و نمرات "بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی از بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی" به طور معنی داری بیشتر است. همچنین در بعد خودفراروی نمرات "گروه افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی بیشتر از دو گروه دیگر" و نمرات "بیماران افسرده با سابقه اقدام به خودکشی از افراد بهنجار" بیشتر است. این یافته ها با نتایج تحقیقات وسکور و همکاران (۲۰۰۲)، اندرسون و همکاران (۲۰۰۲)، وان هرینگن و همکاران (۲۰۰۳)، بسرا و همکاران (۲۰۰۵)، گروزا و همکاران (۲۰۰۵)، وکالاتی و همکاران (۲۰۰۷) همسو است. احتمال دارد نتایج بدست آمده از این تحقیق تحت تاثیر میزان استفاده از دارو و شدت بیماری در میان بیماران افسرده باشد. به علت متفاوت بودن میزان دارو در میان بیماران افسرده و اینکه انجام پژوهش معمولاً به علت محدودیت زمانی در مواقعی که بیماران دارو را مصرف کرده بودند انجام می گرفت، این احتمال که نتایج این تحقیق تحت تاثیر دارو باشد، وجود دارد.

منابع

- شریفی، حسن پاشا و نیکخو، محمد رشا (۱۳۷۴). راهنمای سنجش روانی (مؤلف: مارنات). انتشارات رشد

-حسینی، فرهاد فرید؛ کاویانی، حسین؛ اسعدی، سید محمد؛ علی ملایری، نوشین؛ مقدس بیان نوشین، (۱۳۸۶). الگوی سرشت و منش در افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مقایسه آن با هنجار جامعه ایران. تازه های علوم شناختی، سال ۹، شماره ۲، صفحات ۶۰-۵۲

-کاویانی و محقق شناس (۱۳۸۶). نظریه های زیستی شخصیت. موسسه انتشارات علوم شناختی، چاپ اول، تهران.
-ملایری، علی؛ کاویانی، حسین؛ اسعدی، محمد؛ فریدحسینی، فرهاد (۱۳۸۷). ارزیابی ابعاد شخصیت بر اساس پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. مجله پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۶، شماره ۹۰

- Anderson (2002). Self-Harm and Suicide Attempts in Individuals with Bulimia Nervosa. 10 (3), 227 – 243
- Becerra B, Páez F (2005). Temperament and character profile of persons with suicide attempt. *Actas Esp Psiquiatr.* (2005) Mar-Apr;33(2):117-22
- Calati (2007). Temperament and character of suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research* 42 (2008) 938–945
- C. van Heeringen (2003). Prefrontal 5-HT_{2a} receptor binding index, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide. 74 (2), 149-158
- 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).
- Conrad R (2008). Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Research* 170 (2009) 212–217
- Grucza RA, (2005) Personality as a mediator of demographic risk factors for suicide attempts in a community sample. *Compr Psychiatry.* (2005) May-Jun;46 (3) : 214-22
- Verschuur 2002 . Homesickness, temperament and character. *Personality and Individual Differences* 35 (2003) 757–770
Acta Psychiatrica Scandinavia, 106, 189-195