

## مقاله‌ی پژوهشی

### مقایسه‌ی سرشت و منش بیماران افسرده و افراد بهنجار

عباس ابوالقاسمی

استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق

اردبیلی، اردبیل، ایران

جهانگیر کرمی

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه رازی

کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

مجتبی بختی

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی،

دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

\*محمدجواد بگیان کوله‌مرز

دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی،

دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

\*مؤلف مسئول:

دانشکده‌ی علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه

رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

javadbagiyani@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۳/۱/۲۰

تاریخ تایید: ۹۳/۱۰/۲۱

#### خلاصه

**مقدمه:** افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در تمام فرهنگ‌ها است. افسردگی، ترکیبی از احساس غمگینی، تنهایی، تحریک‌پذیری، بی‌ارزشی و ناامیدی را به همراه دارد و محققان، به‌طور مکرر از ارتباط بین سرشت و منش با افسردگی حمایت کرده‌اند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی ابعاد سرشت و منش در بیماران افسرده و افراد بهنجار بود.

**روش کار:** جامعه‌ی آماری این پژوهش مقطعی در سال ۱۳۹۱، تمام مبتلایان به افسردگی اساسی در دامنه‌ی سنی ۳۰-۲۴ سال مراجعه‌کننده به مراکز بالینی شهر اردبیل و جامعه‌ی بهنجار افراد غیر افسرده بودند. آزمودنی‌ها ۷۰ فرد مبتلا به افسردگی اساسی و ۶۱ نفر بهنجار بودند که پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناختی، افسردگی بک و سرشت و منش کلونینجر را تکمیل کردند. اطلاعات با آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری و رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ تحلیل گردیدند.

**یافته‌ها:** افراد افسرده نسبت به گروه بهنجار، به‌طور معنی‌داری از نوجویی، آسیب‌پرهیزی و خودفراری بیشتر و همکاری، خودراهبری و پشتکار کمتری برخوردارند ( $P < 0/001$ ). هم‌چنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که ۳۴ درصد از واریانس علایم افسردگی توسط ابعاد سرشت و منش پیش‌بینی می‌شود. نتیجه‌گیری: بین سرشت و منش با افسردگی، رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد و ابعاد سرشت و منش از متغیرهای تأثیرگذار در شدت نشانه‌های افسردگی است.

**واژه‌های کلیدی:** افسردگی، بهنجار، سرشت، منش

## مقدمه

پاداش تعریف شده است که خاموش سازی رفتاری را حفظ می کند و یا در برابر آن پایداری به خرج می دهد. پشتکار (۱۱)، به نظر می رسد که به مفهوم وابستگی به پاداش بسیار نزدیک باشد (۹-۷). منش، شامل دریافت های منطقی درباره ی خود، دیگران و جهان است و اشاره به عملکردهای بین فردی و تفاوت های فردی در روابط موضوعی خود دارد که به صورت نتیجه ای از تعاملات غیر خطی میان خلق و خو، محیط خانوادگی و تجارب فردی تحول می یابد (۷، ۱۱، ۱۰). کلونینجر، سه بعد را برای منش در نظر گرفته است: خودراهبری<sup>۱۲</sup>، اشاره به توانایی شخص برای کنترل نظم و ترتیب و سازگاری رفتاری متناسب با محیط و انتخاب اهداف و ارزش ها اشاره دارد. همکاری<sup>۱۳</sup>، شناسایی تفاوت های فردی همراه با پذیرش سایر افراد توصیف شده است. در حالی که خودفراروی<sup>۱۴</sup> منشی است که با معنویت مرتبط است (۱۲).

عامل عوامل شخصیتی افسردگی به وسیله ی مدل های مختلفی مطالعه شده است (۱۳). از سوی دیگر، رابطه ی حالات خلقی با ویژگی هایی در روان شناسی شخصیت و آسیب شناسی روانی با تمرکز عمده بر خلق افسرده مورد بحث قرار گرفته است (۱۴). اگر چه ماهیت دقیق ارتباط شخصیت با خلق افسرده تا حدودی نامشخص است اما ویژگی هایی از شخصیت به عنوان عوامل خطر برای دوره های افسردگی آتی مشخص شده اند (۱۵). به عنوان مثال، جوینس و مردیت (به نقل از ۱۶) نشان دادند شخصیت، نقش مهمی در عملکرد عاطفی و هیجانی دارد (۱۶). لونسون و نورینگر<sup>۱۵</sup> در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افراد افسرده در مقایسه با گروه بهنجار، از لحاظ شناختی، خشک و انعطاف ناپذیر هستند، کمتر توانایی تغییر تدابیر حل مسئله را دارند و در شناسایی، نوآوری و یا اقدام به تدابیر واگرا برای حل مشکلات شناختی، ناتوان هستند (۱۷). محمدخانی و همکاران در مطالعه ای دریافتند که هیچ یک از مولفه های سرشتی، رابطه ای با عود افسردگی ندارند اما آسیب پرهیزی با شدت افسردگی اساسی همبستگی مثبت دارد (۱۸). بنا بر نتایج مطالعه ی ملایری و همکاران، افرادی که نمره ی بالا در آسیب پرهیزی و نمره ی پایین در خودراهبری می گیرند در مقایسه با همتایان خود بیشتر مستعد ناامیدی، منفی گرایی، نکوهش گری، رفتارهای ایذایی، اضطراب و بدبینی هستند و علائم افسردگی در آنها بیشتر است (۱۹). کوسونکی<sup>۱۶</sup> و همکاران دریافتند که بیماران مبتلا به وسواس و افسردگی اساسی، در بعد آسیب پرهیزی و خودفراروی نمرات بالاتر و در ابعاد خودراهبری و همکاری نمرات پایین تری نسبت به گروه شاهد کسب کرده اند (۲۰).

افسردگی اساسی<sup>۱</sup> یکی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی است که حدود ۱۷ درصد افراد جامعه را زمانی در طول عمر گرفتار می کند. شیوع اختلال افسردگی اساسی در زنان دو برابر مردان و متوسط سن شروع این اختلال حدود ۴۰ سالگی است. بیماری ۵۰ درصد از کل این افراد در سنین بیست تا پنجاه سالگی شروع می شود (۱). علاوه بر این، افرادی که یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می کنند، در معرض خطر بالایی برای دوره های افسردگی بعدی قرار می گیرند و با هر دوره، خطر دوره های بعدی به طور معنی داری، افزایش می یابد (۲). در بیماران مبتلا به افسردگی، نشانه های مختلفی با درجات و شدت متفاوت دیده می شود. بنا به دیدگاه لانگ<sup>۲</sup> و همکاران (۳) این نشانه ها در ابعاد مختلف عاطفی، شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری بر کارکردهای بیماری افسرده تاثیر جدی می گذارد (۱).

متغیرهای زیادی در شکل گیری و تشدید نشانه های افسردگی نقش دارند که در این پژوهش سرشت<sup>۳</sup> و منش<sup>۴</sup> مورد توجه قرار گرفته است. کلونینجر<sup>۵</sup> تلاش کرده است با نگاه و تاکید بر پارامترهای زیست شناختی، یک چهارچوب نظری محکم در باب شخصیت پدید آورد که بهنجار و نابهنجار را دربرمی گیرد. بر اساس این دیدگاه، شخصیت از اجزای سرشتی و منشی تشکیل شده است (۴). سرشت، اساس وراثتی هیجانات و یادگیری هایی است که از طریق رفتارهای هیجانی و خودکار کسب می شود و به عنوان عادات قابل مشاهده در اوایل زندگی فرد دیده می شود و تقریباً در تمام طول زندگی ثابت باقی می ماند (۵). کلونینجر، مدل عصبی-زیستی<sup>۶</sup> خود را برای توضیح ابعاد سرشت ارائه کرد (۷، ۶). سامانه های سرشتی در مغز دارای سازمان یافتگی کارکردی<sup>۷</sup> متشکل از سامانه های متفاوت و مستقل از یکدیگر برای فعال سازی، تداوم و بازداری رفتار در پاسخگویی به گروه های معینی از محرک ها است. کلونینجر، چهار بعد برای سرشت معرفی کرده است: نوجویی (۸)، به صورت تمایل به پاسخگویی فعالانه به محرک های جدید که منجر به جستجوی پاداش و اجتناب از تنبیه می شود. آسیب پرهیزی (۹)، به تمایل در جهت پاسخ های بازداری شده به علایمی از جانب محرک بیزارکننده مطابقت دارد که منجر به اجتناب از تنبیه و عوامل غیر پاداش دهنده می شود. وابستگی به پاداش (۱۰)، به صورت پاسخی مثبت به علایم

<sup>1</sup>Major Depression Disorder

<sup>2</sup>Lang

<sup>3</sup>Temperament

<sup>4</sup>Character

<sup>5</sup>Cloninger

<sup>6</sup>Neurobiological

<sup>7</sup>Functionally Organized

<sup>8</sup>Seeking Novel

<sup>9</sup>Harm Avoidance

<sup>10</sup>Reward Dependence

<sup>11</sup>Persistence

<sup>12</sup>Self-direction

<sup>13</sup>Cooperative

<sup>14</sup>Self-transcendence

<sup>15</sup>Levenson and Neuringer

<sup>16</sup>Kusunoki

افسردگی اساسی و افراد بهنجار شهر اردبیل در سال ۱۳۹۱ می‌باشد. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۷۰ فرد مبتلا به افسردگی اساسی با تشخیص روان‌پزشک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی از تیر تا بهمن ۱۳۹۱ و ۶۱ نفر از افراد بهنجار بود که از میان همراهان این بیماران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش علی-مقایسه‌ای باید هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای این که نمونه‌ی انتخاب شده، نماینده‌ی واقعی جامعه بوده و پژوهش، اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد (۲۹)، تعداد نمونه در گروه افسرده ۷۰ نفر و در گروه افراد بهنجار ۶۱ نفر در نظر گرفته شد. هر دو گروه مورد مطالعه از نظر سن با هم همسان شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۲۴ تا ۳۰ سال، مدرک تحصیلی حداقل سیکل، مجرد بودن، فقدان سابقه‌ی بیماری‌های روانی قبلی و عدم استفاده از داروهای روان‌گردان. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: سن کمتر از ۲۴ و سن بیشتر از ۳۰ سال، مدرک تحصیلی کمتر از سیکل، متاهل بودن، داشتن تشخیص بیماری‌های روانی دیگر و استفاده از داروهای روان‌گردان. در گروه افراد افسرده، معیار اصلی ورود به مطالعه، داشتن تشخیص اختلال افسردگی بر اساس مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته و در گروه بهنجار، نداشتن تشخیص اختلال افسردگی بر اساس مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته بود. جهت رعایت اخلاق، تمام نمونه‌ها رضایت‌نامه‌ی کتبی آگاهانه برای شرکت در مطالعه را تکمیل نموده و در صورت عدم تمایل، مختار به خروج از مطالعه بودند. تمامی اطلاعات آن‌ها نیز محرمانه بوده و طرح پژوهشی مورد تایید شورای پژوهشی و کمیته‌ی اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اردبیل قرار گرفت. پس از کسب رضایت، چک‌لیست شامل مشخصات جمعیت‌شناختی و خانوادگی و پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و سرشت و منش کلونینجر تکمیل گردید.

در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

الف- پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده، نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. بک و همکاران، روایی همزمان این مقیاس را ۰/۷۹ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۶۷ گزارش کردند (۳۰). در جمعیت ایرانی، قاسم‌زاده و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۴ را گزارش نمودند که نشان‌دهنده‌ی اعتبار و پایایی مناسب این پرسش‌نامه برای فرهنگ ایرانی است (۳۱).

ب- پرسش‌نامه‌ی سرشت و منش: این پرسش‌نامه، توسط کلونینجر و همکاران برای اندازه‌گیری سرشت و منش اکتسابی ساخته شده و دارای

کاروگوزا<sup>۱</sup> و همکاران در پژوهشی دریافتند افراد افسرده در مقایسه با همتایان خود که نمرات بالا در نوجویی و آسیب‌پرهیزی به دست می‌آورند با مشکل در حفظ عاطفه‌ی مثبت و تمرکز مواجه بوده و خطر خودکشی در آن‌ها بالاتر است (۲۱). زیگلر-هیل و آبراهام<sup>۲</sup> در پژوهشی به این نتیجه رسیدند افراد با نمرات بالاتر در آسیب‌پرهیزی، نوجویی و نمرات پایین در همکاری و پشتکار، نسبت به همتایان خود بیشتر مستعد عصبانیت، اضطراب و خلق افسرده هستند (۲۲). نتایج مطالعه‌ی ریتچیر<sup>۳</sup> و همکاران نشان می‌دهد که بیشترین واریانس خلق افسرده توسط تغییرات آسیب‌پرهیزی و خودراهبری تبیین می‌شود (۱۴). گوزنر<sup>۴</sup> و همکاران در مطالعه‌ی دریافتند افرادی که مشکلات مداومی در ایجاد و حفظ ارتباط با دیگران دارند و در ارضای نیازهای تعلق‌پذیری، پشتکار، نوجویی و هیجانات‌شان با مشکل مواجه می‌شوند، نسبت به همتایان خود، تنهایی و افسردگی بیشتری گزارش می‌کنند (۲۳). کامپمن<sup>۵</sup> و همکاران در پژوهشی نشان دادند که بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب، در آسیب‌پرهیزی و خودفراروی نمرات بالاتر و در ابعاد خودراهبری، همکاری و پشتکار نمرات پایین‌تری نسبت به گروه شاهد کسب کرده‌اند (۲۴). چویس<sup>۶</sup> و همکاران در مطالعه‌ی دریافتند افرادی که نمرات بالاتری در خودفراروی کسب می‌کنند مشکلات خواب، کاهش اشتها و علائم ذهنی افسردگی بیشتری را گزارش می‌کنند (۲۵). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که بیماران افسرده در مقایسه با گروه بهنجار، نمرات بالاتری در آسیب‌پرهیزی نشان می‌دهند (۲۶).

در مجموع مطالعات مختلف، همسان نیست. برخی از پژوهش‌ها نمرات پایین‌تری در خودراهبری (۲۷)، همکاری (۲۶) و نمرات بالاتری در وابستگی پاداش (۲۸) در بیماران مبتلا به افسردگی گزارش نموده‌اند. تا کنون پژوهش‌های زیادی در رابطه با افسردگی صورت گرفته است اما کمتر مطالعه‌ای نقش سرشت و منش را بر افسردگی به ویژه در ایران مورد توجه قرار داده است. با توجه به نتایج متناقض و نقش متغیرهای سرشت و منش در آسیب‌شناسی و درمان افسردگی انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسید، لذا این پژوهش با هدف مقایسه ابعاد سرشت و منش در افراد افسرده و بهنجار و نقش این ابعاد در پیش‌بینی شدت علائم افسردگی انجام شده است.

## روش کار

این مطالعه یک پژوهش پس‌رویدادی است که به صورت گذشته‌نگر و مقطعی انجام شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش تمام افراد مبتلا به

<sup>1</sup>Gruza

<sup>2</sup>Zeigler-Hill and Abraham

<sup>3</sup>Richter

<sup>4</sup>Goossens

<sup>5</sup>Kampmana

<sup>6</sup>Gois

افسرده نسبت به افراد بهنجار کمتر است ( $P < 0/001$ ). بین میانگین نمرات پاداش وابستگی در دو گروه افسرده و بهنجار، تفاوت معنی‌داری به دست نیامد.

### جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد سرشت و منش

در افراد افسرده و بهنجار

متغیر	افسرده (میانگین±انحراف معیار)	بهنجار (میانگین±انحراف معیار)
سرشت	۸/۶±۱/۵۷	۷/۲۴±۲/۸۸
آسیب‌پرهیزی	۲۰/۷۷±۶/۵۸	۵/۹۳±۱/۱
وابستگی به پاداش	۷/۶۹±۲/۲۴	۷/۹۹±۲/۱۷
پشتکار	۱/۹۰±۱/۳۲	۲/۵۰±۱/۳۰
منش	۶/۱۲±۳/۶۹	۱۸/۱±۱/۷۴
همکاری	۱۳/۷۰±۴/۵۵	۲۰/۹۴±۱/۶۵
خودفراروی	۱۳/۵۷±۲/۴۴	۹/۱۳±۳/۹۳
علایم افسردگی	۱۲/۶۶±۵/۵۳	۴/۴۵±۲/۳۲

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون لون استفاده شد. بر اساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای همه‌ی متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مولفه‌های ابعاد سرشت و منش خطا معنی‌دار می‌باشد ( $P < 0/001, F(3,47,97) = 0/162$ ). آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای سرشت و منش در مجموعه، معنی‌دار است و میزان این تفاوت ۸۴ درصد می‌باشد یعنی ۸۴ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در متغیرهای وابسته می‌باشد.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که میانگین نمرات نوجویی ( $F=12/997$ )، همکاری ( $F=138/103$ )، آسیب‌پرهیزی ( $F=30/032$ ) و خودراهبردی ( $F=539/824$ ) به طور معنی‌داری در افراد افسرده نسبت به بهنجار بیشتر است ( $P < 0/001$ ) (جدول ۲).

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری بر روی بیماران افسرده نشان می‌دهد که حدود ۳۴ درصد از واریانس افسردگی توسط متغیرهای آسیب‌پرهیزی، خودراهبری، پشتکار و همکاری تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، به ترتیب آسیب‌پرهیزی ( $Beta = -0/296$ )، خودراهبردی ( $Beta = -0/401$ )، پشتکار ( $Beta = 0/407$ ) و همکاری ( $Beta = 0/282$ ) به عنوان قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی شدت افسردگی می‌باشند

۱۲۵ سؤال است و هر آزمودنی به این سئوال‌ها به صورت صحیح و غلط پاسخ می‌دهد. در این پرسش‌نامه، سرشت (نوجویی، اجتناب از آسیب، وابستگی به پاداش و پشتکار) و منش (خودراهبری، همکاری و خودفراروی) اندازه‌گیری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه، بالای ۰/۶۸ گزارش شده است (۲۶). در پژوهشی با بررسی ۱۲۱۲ آزمودنی در شهر تهران، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در دامنه‌ای از ۰/۸۴-۰/۵۵ به دست آمده است. هم‌چنین بین ابعاد سرشت/منش، همبستگی‌های ضعیف تا متوسط (کمتر از ۰/۴۰) به دست آمد. البته همبستگی خودراهبری و آسیب‌پرهیزی، بالاتر از ۰/۴۰ بود و تنها همبستگی بالاتر از ۰/۴۰ بین ابعاد سه‌گانه‌ی منش، مربوط به خودراهبری و همکاری بود (۳۲).

ج- مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته: برای تشخیص اختلالات روانی محور ۱ در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتز و گیون تهیه شده است (به نقل از ۱). در این نوع مصاحبه، بر خلاف مصاحبه‌ی غیر ساختاری، موضوعات مورد بحث، طبق برنامه‌ی از پیش تنظیم شده‌ای ارایه می‌شود و مصاحبه‌کننده به چگونگی بحث، جهت می‌دهد.

پس از تکمیل چک‌لیست‌ها و پرسش‌نامه‌ها، صحت اطلاعات جمع‌آوری شده با بررسی سئوال‌ها کلیدی تایید گردید. ویژگی‌های هر یک از گروه‌ها توسط روش‌های آماری توصیفی شامل شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی تعیین و برای مقایسه‌ی متغیرهای کمی در بین دو گروه از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و رگرسیون چندمتغیری استفاده شد.

### نتایج

میانگین (و انحراف معیار) سنی برای بیماران افسرده و افراد بهنجار به ترتیب برابر با ۲۶/۱۷ سال (۳/۱ سال) و ۲۵/۱۱ سال (۲/۸۵ سال) بود. در نمونه‌ی مورد مطالعه ۸۸/۳ درصد از بیماران افسرده زن و ۱۱/۷ درصد مرد می‌باشند. هم‌چنین در گروه بهنجار ۹۰ درصد زن و ۱۰ درصد مرد بودند. در گروه افسرده و بهنجار به ترتیب سطح تحصیلات دیپلم برابر ۲۵ و ۵ درصد، ۱۶/۲ و ۲۳/۳ درصد در حد کاردانی، ۵۸/۸ و ۷۱/۷ درصد، کارشناس و بالاتر بودند. در گروه افسرده و بهنجار به ترتیب ۲۸/۸ و ۴۶/۷ درصد فرزند اول، ۲۳/۸ و ۲۵ درصد فرزند دوم، ۴۷/۴ و ۲۸/۳ درصد فرزند سوم و بالاتر بودند. وضعیت شغلی افراد افسرده و افراد بهنجار به ترتیب برابر با ۷۵ و ۶۱/۷ درصد بی‌کار و ۱/۲ و ۱۶/۷ شاغل در مشاغل دولتی بودند.

جدول ۱ میانگین (و انحراف معیار) نمرات ابعاد سرشت و منش را در افراد افسرده و بهنجار، نشان می‌دهد. هم‌چنین میانگین نمرات پشتکار ( $F=7/151$ ) و خودفراروی ( $F=67/036$ ) به طور معنی‌داری در افراد

خودکار است که می‌تواند به عنوان یک بازدار توصیف شود. هم‌چنین می‌توان بیان کرد که نمرات برافراشته در آسیب‌پرهیزی و نوجویی، ممکن است یک رگه (صفت) مشخص و تمیزدهنده در میان بیماران افسرده باشد که تنها شدت آسیب‌شناسی عمومی را منعکس کرده و تغییرات پایدار شخصیت را به واسطه‌ی اختلالات خلقی سبب می‌شود (۳۳).

نتایج نشان داد که میانگین نمرات پشتکار در افراد افسرده در مقایسه با افراد بهنجار به طور معنی‌داری کمتر بود. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر (۳۶،۳۵،۲۸،۲۲) مبنی بر این که افرادی که از پشتکار کمتری برخوردارند بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی هستند، قرار دارند. انتظار می‌رود که این ابعاد با علایم افسردگی رابطه داشته باشد زیرا با کاهش پشتکار، شاهد افزایش افسردگی در بیماران خواهیم بود. طبق نظر بک، افراد افسرده به این دلیل افسرده هستند که نسبت به خود، جهان و آینده، نظر بدبینانه‌ای دارند، دارای طرح‌واره‌ها و باورهای منفی هستند که توسط رویدادهای منفی زندگی و سوگیری‌های شناختی فعال می‌شوند. یافته‌های ما از طریق تایید نظریه‌ی نقایص شناختی در افراد افسرده و دخالت تجربیات اوایل کودکی در شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار به عنوان عواملی آشکار ساز و آسیب‌پذیر عمل می‌کنند (۳۷).

هم‌چنین نتایج نشان داد که میانگین نمرات همکاری و خودراهبری در افراد افسرده در مقایسه با افراد بهنجار به طور معنی‌داری کمتر است. این یافته در راستای نتایج برخی از پژوهش‌ها (۲۶،۲،۲۴) مبنی بر این که افراد افسرده از همکاری و خودراهبری کمتری برخوردارند، قرار دارد. هم‌چنین این نتایج مغایر با نتایج هیرانو<sup>۱</sup> و همکاران و اسمیت<sup>۲</sup> و همکاران مبنی بر این که افراد افسرده از همکاری و خودراهبری پایین‌تری برخوردارند (۳۴،۳۳). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افرادی که در مقیاس خودراهبری، نمره‌ی پایین می‌آورند ضعیف، شکننده، نکوهش‌گر، غیر موثر، غیر مسئول، غیر قابل انکار و دارای رفتارهای ایذایی هستند. می‌توان بیان کرد که یکی از خصوصیات افرادی که در خودراهبری نمرات پایین می‌آورند این است که برای مشکلات بیرونی (کاستی‌هایی محیطی) دیگران را مقصر می‌دانند. بنابراین این افراد تمایل به کار گروهی ندارند و از نظر دیگران خودخواه و خودپسند جلوه می‌کنند و در بعد خودفراروی نیز نمرات پایینی دارند، این افراد تحمل ابهام نداشته و قدرت ذهنی پایینی دارند. بنابراین می‌توان بیان کرد که این افراد در فعالیت‌های اجتماعی یا کارکرد شغلی خود با مشکلاتی مواجه هستند و چون در این سه بعد دارای نمرات پایینی هستند از زندگی‌شان رضایت ندارند و افرادی غیر مسئول و دارای ناتوانی اجتماعی هستند و

**جدول ۲-** نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین ابعاد سرشت و منش افراد افسرده و بهنجار

متغیر وابسته	SS	dF	MS	F	P
سرشت نوجویی	۶۴/۰۳۸	۱	۶۴/۰۳۸	۱۲/۹۹۷	۰/۰۰۰
آسیب‌پرهیزی	۷۵۵۲/۲۸۸	۱	۷۵۵۲/۲۸۸	۳۰۰/۰۳۲	۰/۰۰۰
وابستگی به پاداش	۳/۰۰۱	۱	۳/۰۰۱	۰/۶۱۶	۰/۴۳۴
پشتکار	۱۲/۳۴۳	۱	۱۲/۳۴۳	۷/۱۵۱	۰/۰۰۸
منش خودراهبری	۴۹۰۲/۹۱۷	۱	۴۹۰۲/۹۱۷	۵۳۹/۸۲۴	۰/۰۰۰
همکاری	۱۷۹۳/۸۶۷	۱	۱۷۹۳/۸۶۷	۱۳۸/۱۰۳	۰/۰۰۰
خودفراروی	۶۷۲/۶۰۱	۱	۶۷۲/۶۰۱	۶۷/۰۳۶	۰/۰۰۰

**جدول ۳-** نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری عوامل سرشت و منش بر شدت افسردگی

متغیر پیش‌بین	R2	SE	B	Beta	T
آسیب‌پرهیزی	۰/۰۸۸	۰/۱۶۲	-۰/۲۴۴	-۰/۲۹۶	-۲/۷۴
خودراهبری	۰/۱۹۳	۰/۲۸۷	-۰/۹۵۸	-۰/۴۰۱	۳/۱۷
پشتکار	۰/۲۶۷	۰/۶۱۴	۱/۶۹۷	۰/۴۰۷	۲/۷۶
همکاری	۰/۳۳۶	۰/۱۲۷	۰/۳۵۵	۰/۲۹۲	۲/۸۰

## بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر، مقایسه‌ی ابعاد سرشت و منش در افراد افسرده و بهنجار و نقش این ابعاد در پیش‌بینی شدت علایم افسردگی بود. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات آسیب‌پرهیزی و نوجویی در افراد افسرده در مقایسه با افراد بهنجار به طور معنی‌داری بیشتر است. این یافته‌ها در راستای پژوهش‌های دیگر (۲۲-۲۰) مبنی بر این که افراد افسرده از آسیب‌پرهیزی و نوجویی بالاتری برخوردارند، هم‌سو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، اجتناب از آسیب یک بعد سرشت است که منعکس‌کننده‌ی این است که ناامیدی، منفی‌گرایی و مردود بودن، افراد را مستعد ابتلا به افسردگی و واکنش‌های اضطرابی می‌کند. از سوی دیگر، افرادی که در آسیب‌پرهیزی نمره‌ی بالا می‌آورند، معمولاً ترسو، عصبی، مضطرب، کمرو، مردد، ناامید، منفعل، منفی‌گرا، بدبین و نایمن هستند. با توجه به این که افراد افسرده در زندگی روزمره‌ی خود دارای مشکلاتی هستند و به امور و مسایل زندگی و آینده ناامیدانه برخورد می‌کنند و از توانایی کنترل و بازداری این رفتارها ناتوان هستند، از آسیب‌پرهیزی بالاتری برخوردارند یعنی گرایش در جهت پاسخگویی شدید به علایم و محرک‌های بیزارکننده دارند که از طریق آن یاد می‌گیرند که از تنبیه و موارد جدید اجتناب کنند لذا این افراد از رشد سالم برخوردار نبوده و در توانایی انطباق با محیط و آغاز کردن رفتارهای جدید و تولید رفتارهای فعال در محیط با مشکل مواجه می‌شوند (۳۴،۳۳). در مدل روان‌زیستی شخصیت کلونینجر، آسیب‌پرهیزی نشان‌دهنده‌ی استعداد ارثی، احساس اولیه‌ی ترس و ارتباط آن با رفتار

<sup>1</sup>Hirano

<sup>2</sup>Smith

کلونینجر هر یک از این جنبه‌های شخصیت با یکدیگر در تعامل هستند و بر ایجاد اختلالات رفتاری، خلقی و هیجانی تاثیر می‌گذارند.

نتایج پژوهش نشان داد که ابعاد سرشت و منش به طور معنی‌داری شدت افسردگی را تبیین می‌کنند، نقش این متغیرها در پیش‌بینی شدت افسردگی ۳۴ درصد بود. این نتیجه نشان می‌دهد که ۷۶ درصد واریانس و عوامل باقیمانده توسط متغیرهای دیگر موثر بر شدت علائم افسردگی (نظیر عوامل زیست-شیمیایی، شناختی، اجتماعی و انگیزشی) تبیین می‌شود. هم‌چنین با توجه به عدم وجود یافته‌های متناظر در پیشینه، از این یافته می‌توان استنباط کرد که پاسخ تاثیر ابعاد سرشت و منش بر شدت علائم افسردگی، تقریباً متوسط بوده است. لذا برای روشن شدن این نکته لازم است که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد. این نتیجه در راستای پژوهش‌های دیگر (۴۳، ۱۴، ۴۲) مبنی بر این که آسیب‌پرهیزی، همکاری و پشتکار در پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی بیشترین سهم را دارد، قرار دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان بیان کرد که بر خلاف نوجویی و پاداش وابستگی که در بیماران افسرده در طولانی مدت ثابت می‌ماند، به نظر می‌رسد آسیب‌پرهیزی بیشتر تحت تاثیر حالت‌های خلقی بیمار قرار می‌گیرد و جریان افسردگی افزایش می‌یابد. این نتایج نشان می‌دهد که بالا بودن آسیب‌پرهیزی، سدی در برابر علائم افسردگی عمل می‌کند (۴۳، ۴۲). هم‌چنین آسیب‌پرهیزی می‌تواند به عنوان صفت تمیزدهنده برای بیماران خلقی باشد (۳۳).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، بررسی آزمودنی‌ها فقط از یک استان و همکاری نکردن برخی از افراد نمونه برای تکمیل کردن پرسش-نامه‌ها بود. هم‌چنین جمع‌آوری اطلاعات براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی امکان تحریف اطلاعات به علت دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی را به وجود می‌آورد. پیشنهاد می‌شود این بررسی برای سایر استان‌ها و در گروه‌های جنسیتی و سنی مختلف انجام شود تا قابلیت تعمیم دهی نتایج بیشتر شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود از ابزارهایی که جنبه‌ی خودگزارشی ندارند برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود.

### نتیجه‌گیری

افراد افسرده، نوجویی، آسیب‌پرهیزی و خودفراروی بیشتری نشان می‌دهند و در همکاری، خودراهبری و پشتکار مشکل دارند. هم‌چنین ابعاد سرشت و منش از متغیرهای تاثیرگذار در شدت نشانه‌های افسردگی است. بنابراین، انتظار می‌رود مداخله‌ای که کاهش آسیب‌پرهیزی و خودفراروی و افزایش همکاری، خودراهبری و پشتکار را هدف قرار دهد، بتواند علائم افسردگی را کاهش دهد و به موفقیت در درمان‌های دیگر، کمک و اطلاعات مناسبی درباره‌ی افراد مبتلا به افسردگی در اختیار درمانگران در زمینه‌ی آسیب‌شناسی، پیشگیری و درمان قرار دهد.

امکان دارد در آینده دچار آسیب شوند. بنابراین، خودراهبردی پایین در بیماران افسرده‌ی خودکشی‌گرا ممکن است منعکس شخصیت نابالغ با فقدان یک سازمان‌دهی درونی برای رویدادهای تحریک‌کننده باشد (۸). از سوی دیگر همکاری بر پایه‌ی پنداشت از خویشتن به عنوان 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. بالا بودن همکاری هم‌چون یکپارچه‌سازی خود با اجتماع انسانی، بردباری، مهربانی و حمایت‌کننده و اصول‌گرا بودن نیز می‌تواند به صورت ساز و کاری در مقابل علائم افسردگی که با آشفتگی‌هایی در سازمان‌بندی ادراکی و شناختی است، درآید (۳۸).

هم‌چنین نتایج نشان داد که میانگین نمرات خودفراروی در افراد افسرده در مقایسه با افراد بهنجار به طور معنی‌داری بیشتر بود. این یافته‌ها در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر (۳۹، ۴۰، ۲۵) مبنی بر این که افراد با نمرات بالاتر خودفراروی در معرض ابتلا به افسردگی هستند، قرار دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت وقتی در بیماران افسرده ویژگی‌های خودفراروی از جمله تمایل به آرمان‌گرایی، تجربه‌ی اوج، تجربه و درهم‌آمیختگی با محیط و طبیعت و فروتنی بالا است، به صورت ویژگی‌های مقابل غمگینی و تشویش زیاد، احساس بی‌ارزشی و گناه، دوری‌گزیدن از دیگران، بی‌خوابی و از دست دادن اشتها عمل می‌کنند و این ساز و کار باعث کاهش علائم افسردگی در این بیماران می‌گردد. به عبارتی، وقتی ویژگی‌های خودفراروی در بیماران افسرده، پایین است آن‌ها بیشتر عمل‌گرا، واقع‌گرا، مادی، کنترل‌کننده و پرمدا می‌باشند (۷) که این امر بر تشدید و شدت علائم آن‌ها خواهد افزود.

این نتیجه را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که پختگی منش همانند یک ماریپیچ است که در آن افراد می‌توانند ارتقا پیدا کنند (۷). این ماریپیچ نیز باعث سلامتی و خردمندی می‌شود (۴۱). منش فرد می‌تواند در واکنش به موقعیت‌هایی که فرد، افسرده است در ماریپیچ پایین بیاید (۴۱). با توجه به این که افسردگی نیز جزو اختلالات خلقی است، می‌توان بیان کرد که منش این بیماران در ماریپیچ، در حد پایینی است و بیماران افسرده از نظر سلامتی در حد پایینی هستند. هم‌چنین ترکیب خودراهبری، همکاری و خودفراروی بالا آن چیزی است که افراد شاد را مشخص می‌کند (۴). لذا می‌توان بیان کرد افراد افسرده در این سه بعد دارای نمرات پایینی هستند و در نتیجه از زندگی خود ناراضی بوده، افسردگی بیشتر و شادی کمتری تجربه می‌کنند. از سوی دیگر منش، بر انتخاب، تمایلات و معنای آن چه که در زندگی فرد تجربه می‌شود، تاثیر می‌گذارد. تفاوت‌ها در منش به طور متوسط تحت تاثیر یادگیری اجتماعی-فرهنگی قرار دارند. از نظر

### References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Behavioral sciences/ clinical psychiatry. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 316-20.
2. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* 1999; 156(6): 1000-6.
3. Lang CA, Sue C, Garrett L, Ttistutta A, Graham EW, Dunne MP, et al. Symptom prevalence and clustering of symptoms in people living with chronic hepatitis C infection. *J Pain Symptom Manag* 2006; 3(3): 335-44.
4. Kaviani H. [Biological theories of personality]. Tehran: Senate Publications Center for Cognitive Science. 4<sup>th</sup> ed. 2003: 103-47. (Persian)
5. Sadock BJ, Sadock VA. [Synopsis of psychiatry: Behavioral science-clinical psychiatry]. Farzin Rezaee F. (translator). Tehran: Arjmand; 2003: 221-32. (Persian)
6. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 1986; 4(2): 167-226.
7. Cloninger CR, Bayon C, Svrakic DM. Measurement of temperament and character in mood disorders: A model of fundamental states as personality types. *J Affect Disord* 2006; 83(4): 227-32.
8. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50(5): 975-90.
9. Cloninger CR, Svrakic DM. Differentiating normal and deviant personality by the seven factor personality model. In: Strack S, Lorr M. (editors). *Differentiating normal and abnormal personality*. New York: Springer; 1998: 245-63.
10. Cloninger CR. Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol* 1994; 4(1): 266-73.
11. Mula M, Pini S, Monteleone P, Iazzetta P, Preve M, Tortorella A, et al. Different temperament and character dimensions correlate with panic disorder comorbidity in bipolar disorder and unipolar depression. *J Anxiety Disord* 2011; 22(4): 1421-6.
12. Kampman OI, Poutanen OU. Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2011; 135(6): 20-27.
13. Matsudaira T, Kitamura T. Personality traits as risk factors of depression and anxiety among Japanese students. *J Clin Psychol* 2009; 62(1): 97-109.
14. Richter J, Polak T, Eisemann M. Depressive mood and personality in terms of temperament and character among the normal population and depressive inpatients. *Pers Individ Dif* 2008; 35(4): 917-27.
15. Christensen MJ, Kessing LV. Do personality traits predict first onset in depressive and bipolar disorder? *Nord J Psychiatry* 2010; 60(7): 79-88.
16. Sarvghad S, Rezaie A, Irani F. [Relationship between attachment styles and personality traits to anxiety]. *Journal of Science-sociology of women* 2011; 3(2): 117-36. (Persian)
17. Levenson M, Neuringer C. Problem solving behavior in suicidal adolescents. *J Cons Clin Psychol* 1971; 37(4): 433-6.
18. Mohammad Khani P, Poorshahbaz A, Delawar A, Gehanitabesh A. [The relationship between temperament and character traits in major depressive relapse]. MA. Dissertation. Tehran: Welfare and Rehabilitation University, College of welfare and rehabilitation sciences, 2004: 63-71. (Persian)
19. Malayeri A, Kaviani N, Farid Husseini F. [Personality dimensions assessed by the Temperament and Character Inventory TCI Cloninger 125- in patients with borderline personality disorder]. *Journal of the Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences* 2007; 66(9): 633-8. (Persian)
20. Kusunoki K, Sato T, Taga C, Yoshida T, Komori K, Narita T, et al. Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatry Scand* 2000; 101(5): 403-5.
21. Grucza RA, Przybeck TR, Spitznagel EL, Cloninger CR. Personality and depressive symptoms: a multidimensional analysis. *J Affect Disord* 2003; 74(9): 123-30.
22. Zeigler-Hill V, Abraham J. Borderline personality features: instability of self-esteem and affect. *J Soc Clin Psychol* 2006; 25(3): 654-68.
23. Goossens L, Lasgaard M, Luyckx K, Vanhalst J, Mathias P, Masy E. Loneliness and solitude in adolescence: A confirmatory factor analysis of alternative models. *J Pers Individ Dif* 2010; 47(6): 890-4.
24. Kampmana O, Poutanen O, Illi A, Seta`la`-Soikkeli E, Viikki M, Nuolivirta T, et al. Temperament profiles, major depression, and response to treatment with SSRIs in psychiatric outpatients. *Eur Psychiatry* 2012; 27(3): 245-9.

25. Gois C, Akiskal H, Akiskal K, Figueira L. The relationship between temperament, diabetes and depression. *J Affect Disord* 2012; 142(1): 67-71.
26. Allenso NC, Bagade S, Tanzi R, Bertram L. The schizophrenia gene database. *Schizophrenia research forum* 2008; 18(2): 36-45.
27. Lyoo IK, Lee DW, Kim YS, Kong SW, Kwon JS. Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(8): 637-41.
28. Pohl B, Black D, Noyes R, Kelley M, Blum N. A test of the three dimensional personality theory: Association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 1990; 28(4): 41-6.
29. Delawar A. [Theoretical and practical research in the humanities and social sciences]. Tehran: Roshd; 2010: 45-58. (Persian)
30. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psych Rev* 1988; 8(2): 77-100.
31. Ghasemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. [Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory-second edition: BDI-II]. *Journal of depression and anxiety* 2005; 21(4): 185-92. (Persian)
32. Kaviani H, Alaghband-rad J, Sharifi V, Pournaseh M, Ahmadi Abhari SA. [Composite international diagnostic interview]. Tehran: Kavian; 2007; 14(2): 38-42. (Persian)
33. Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura S, et al. Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimensions in patients with major depression: A methodological contribution. *J Affect Disord* 2008; 69(5): 31-8.
34. Smith DJ, Duffy L, Stewart ME, Muir WJ, Blackwood DH. High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early onset depression. *J Affect Disord* 2011; 87(6): 83-9.
35. Parker G, Parker K, Mitchell P, Wilhelm, K. Atypical depression: Australian and US studies in accord. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18(2): 1-5.
36. Levenson M, Neuringer C. Problem solving behavior in suicidal adolescents. *J Cons Clin Psychol* 2010; 37(5): 433-6.
37. Beck AT. Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. In: Cloninger CR. (editors). *Personality and psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric; 1999: 411-29.
38. Gois C, Dias VV, Raposo JF, Carmo ID, Barbosa A. Vulnerability to stress, anxiety and depressive symptoms and metabolic control in Type 2 diabetes. *BMC Res Notes* 2012; 5(1): 271-84.
39. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence and preventive care. *Diabetes Care* 2004; 27(3): 2154-60.
40. Figueira ML, Caeiro L, Ferro A, Severino L, Duarte PM, Abreu M, et al. Validation of the temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS-A): Portuguese-Lisbon version. *J Affect Disord* 2008; 111(2-3): 193-203.
41. Cloninger, C. Measurement of temperament and character in mood disorders: A model of fundamental states as personality types. *J Affect Disord* 2004; 51(8): 21-32.
42. Chien AJ, Dunner DL. The tridimensional personality questionnaire in depression: State versus trait issues. *J Psychiatr Res* 1996; 30(4): 3-7.
43. Mulder RT, Joyce PR, Cloninger CR. Temperament and early environment influence comorbidity and personality disorders in major depression. *Compr Psychiatry* 1994; 35(4): 225-33.