

Original Article

Comparison of temperament and character of patients with major depressive disorder with control group

Alireza Farnam¹, Elham Razzagh Karimi^{1*}, Morteza Ghojzadeh², Salman Safikhanlou¹

¹Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Department of Physiology, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*Corresponding author; E-mail: elhamrkarimi@yahoo.com

Received: 23 November 2017 Accepted: 10 March 2018 First Published online: 7 September 2019

Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2019 October- November; 41(4):56-63

Abstract

Background: Depression, causes problems in social and individual aspects of life, so is the major disease burden in modern societies. There is complex relationship between personality and depression, so some special forms of personality may predispose the person to the depression, and depression and its symptoms may manifest different as a result of the various personalities.

Methods: This research case control study consisted of 128 patients with major depressive disorder and 131 normal people. Data have been collected through TCI questionnaire and Hamilton scale for depression.

Results: In patients with major depression the Harm-avoidance, Reward-dependence and persistence, Self-Directedness and Cooperativeness have significant differences with normal people. Patients with major depressive disorder experience high levels of Harm-avoidance and Reward-dependence and Persistence, with low levels of Self-directedness and Cooperativeness than normal people.

Conclusion: The depressed patients and normal people are different with temperament and character, and these differences can influence severity of depression.

Keyword: Major Depressive Disorder, Cloninger's Temperament and Character, Harm Avoidance, Reward Dependence, Persistence, Self-Directedness, Cooperativeness

How to cite this article: Farnam A, Razzagh Karimi E, Ghojzadeh M, Safikhanlou S. [Evaluation of temperament and character in the 128 patients with major depressive disorder in Tabriz and comparison with control group]. Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2019 October- November; 41(4):56-63. Persian.

مقاله پژوهشی

مقایسه مزاج و کاراکتر بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با گروه کنترل

علیرضا فرنام^۱، الهام رزاق کریمی^{۱*}، مرتضی قوجازاده^۲، سلمان صفی خانلو^۱

^۱گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲گروه فیزیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
 *نویسنده مسئول: ایمیل elhamrkarimi@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۶/۹/۲ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۱۹ انتشار برخط: ۱۳۹۸/۶/۱۶
 مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز، مهر و آبان ۱۳۹۸؛ ۴۱(۴):۵۶-۶۳

چکیده

زمینه: افسردگی با ایجاد اختلال عملکرد در حوزه های مختلف زندگی فردی و اجتماعی، در بین اختلالات روانپزشکی بزرگترین عامل بار بیماری جوامع در عصر حاضر می باشد. با توجه به وجود ارتباط پیچیده بین شخصیت و افسردگی، برخی اشکال شخصیت ممکن است فرد را مستعد افسردگی نماید و از طرف دیگر افسردگی و علائم آن در شخصیت های متفاوت به صورتهای مختلف بروز می یابد.

روش کار: مطالعه از نوع مورد شاهدهی بوده و جامعه آماری شامل ۱۲۸ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و ۱۳۱ فرد عادی می باشد که داده ها از طریق پرسشنامه مزاج و کاراکتر کلونینگر و مقیاس افسردگی همپلتون جمع آوری شده و در نرم افزار SPSS۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: در مقایسه بین دو گروه مشخص گردید افراد مبتلا به افسردگی اساسی از نظر مزاج های خطرپرهیزی، پاداش خواهی و پشتکار، کاراکترهای خود راهبری و همکاری با افراد عادی دارای تفاوت معنی داری می باشند. افراد دارای افسردگی اساسی خطرپرهیزی، پاداش خواهی و پشتکار بالا و خود راهبری و همکاری پایین تری نسبت به افراد عادی تجربه می کنند.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد افراد افسرده و عادی از نظر کاراکتر و مزاج، از یکدیگر متفاوت بوده و این عوامل می توانند در شدت افسردگی موثر باشند.

کلید واژه ها: اختلال افسردگی اساسی، مزاج و کاراکتر کلونینگر، خطرپرهیزی، پاداش خواهی، پشتکار، خودراهبری، همکاری

نحوه استناد به این مقاله: فرنام، ع، رزاق کریمی، ا، قوجازاده، م، صفی خانلو، س. بررسی مزاج و کاراکتر در ۱۲۸ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در شهر تبریز و مقایسه با گروه کنترل. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تبریز. ۱۳۹۸؛ ۴۱(۴):۵۶-۶۳

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است.

این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

مطالعات زیادی طی سال‌های اخیر صورت پذیرفته که همگی روی ارتباط بین افسردگی و شخصیت بوده است و گزارشات زیادی حاکی از ارتباط کاراکتر خود راهبری، همکاری و پشتکار با افسردگی در بیماران بوده است (۴). اختلالات شخصیت و صفات همراه همچون کاراکتر خودراهبری پایین، فرد را مستعد اختلالات روانپزشکی (همچون سوء مصرف مواد، خودکشی، اختلالات خلقی، اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات سایکوتیک، اختلالات کنترل تکانه، اختلالات خوردن و اختلالات اضطرابی) می‌کند. از طرفی دیگر بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی، با صفات مثبت شخصیت مثل کاراکتر خود راهبری بالا مرتبط است (۴). با توجه به مطالب ذکر شده و شیوع بالای افسردگی و حجم بالای مراجعین مبتلا به افسردگی به درمانگاه‌های روانپزشکی و هم‌زمان بار سنگینی که این بیماری بر جامعه و فرد وارد می‌کند و همینطور ارتباط پیچیده شخصیت با افسردگی، مطالعه حاضر طراحی و اجرا گردید و در نهایت مشخص شد که کدامین ساختار شخصیتی در مردم بیشتر مستعد افسردگی می‌باشد.

روش کار

مطالعه از نوع مورد شاهدهی با جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مرکز آموزشی درمانی رازی تبریز در حال بستری یا سرپایی طی سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۹۵ می‌باشد. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری در دسترس در هر دو گروه، با استفاده از مطالعه پایلوت با در نظر گرفتن α برابر با ۰/۰۵، توان ۸۰ درصد و اختلاف قابل قبول ۱۰ درصد، حجم نمونه ۱۱۴ نفر برآورد گردید و با در نظر گرفتن احتمال ریزش و براساس مطالعه پایلوت، تعداد مورد نیاز برای مطالعه، ۱۲۸ نمونه و ۱۲۸ فرد بدون افسردگی در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه در گروه بیماران افسرده عبارتند از: نداشتن سابقه درمان دارویی ضد افسردگی، فقدان سابقه تشخیص عمده روانپزشکی دیگر (سایکوز، دوقطبی، اختلالات شخصیت و ...)، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، سن ۶۵-۱۸ سال، نمره بالاتر از ۷ در پرسش‌نامه همیلتون، عدم وجود بیماری مزمن جسمی همزمان، عدم وجود سابقه اعتیاد، عدم وجود سوابق جزایی مکرر و رضایت به شرکت در مطالعه و امضای رضایت‌نامه آگاهانه کتبی. با توجه به اینکه افراد مبتلا به اختلال شخصیت، پروفایل خاص مزاج و کاراکتر دارند، به منظور کاهش این اثر مخدوش کننده، افراد با اختلال شخصیتی وارد مطالعه نگردیدند و با توجه به شیوع بالای صفات مربوط به اختلال شخصیت در بین افراد وابسته به مواد و سوابق جزایی مکرر، این موارد نیز وارد مطالعه نگردیدند تا بتوانیم تا حد امکان مانع از سوگیری نتایج به سمت پروفایل خاص شخصیتی گردیم. معیارهای ورود به مطالعه

بیماری‌های روانی بزرگترین معضل بهداشتی عصر حاضر هستند به طوری که صرفاً افسردگی حتی پا را از پیش‌بینی‌ها فراتر گذاشته و به بزرگترین عامل بار بیماری تبدیل شده است (۱). بر اساس مطالعات انجام یافته اختلال شخصیت شیوعی بین ۲۰-۱۰ درصد در جمعیت عمومی و حدود ۵۰ درصد در بیماران روانپزشکی دارد. افراد مبتلا، در کار و عشق ورزیدن مشکل داشته و تحصیلات کمتری دارند و با احتمال بیشتری وابسته به مواد شده و مجرد مانده و مشکلات زناشویی می‌یابند. ژنتیک و محیط هر دو بر شخصیت تاثیر می‌گذارند (۲). همچنین ارتباطی پیچیده بین شخصیت و افسردگی وجود دارد به طوری که برخی اشکال شخصیت ممکن است فرد را مستعد افسردگی نماید و از طرف دیگر افسردگی و علایمش در نتیجه شخصیت‌های متفاوت به صورت‌های مختلف بروز می‌یابد (۳). از مهمترین آثار سوء افسردگی، آسیب‌های آن به فرد، خانواده و جامعه است. لذا پیش‌بینی، تشخیص زود هنگام و درمان موثر افسردگی و رفتارهای ناشی از آن بسیار اهمیت دارد. مطالعات زیادی طی سال‌های اخیر روی ارتباط بین افسردگی و شخصیت انجام گرفته است و گزارشات زیادی حاکی از ارتباط منش خودراهبری (Self-directed ness, SD)، همکاری (Cooperativeness, CO) و پشتکار (Persistence, PE) با افسردگی در بیماران بوده است (۴). با توجه به مطالب ذکر شده و شیوع بالای افسردگی و حجم بالای مراجعین مبتلا به افسردگی به درمانگاه‌های روانپزشکی و هم‌زمان بار سنگینی که این بیماری بر جامعه و فرد وارد میکند و همینطور ارتباط پیچیده شخصیت با افسردگی، مطالعه حاضر طراحی گردید. در این پژوهش مشخص گردید کدامین ساختار شخصیتی در مردم بیشتر مستعد افسردگی است و با دانستن این موضوع می‌توان در کار بالینی در روان‌درمانی بیماران موفق‌تر بوده و حتی در مراجعین فاقد افسردگی، اقدامات پیشگیرانه نیز انجام داد. شخصیت طبق تعریف رابرت کلونینگر دارای سه جزء مزاج، کاراکتر و خودآگاهی می‌باشد که مطالعه حاضر به بررسی دو جزء مزاج و کاراکتر در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افراد سالم پرداخته است. مزاج که جزء ژنتیکی شخصیت است می‌تواند به ارث برسد و شامل چهار جزء می‌باشد:

خطر پرهیزی (Harm avoidance, HA)،

نوجویی (Novelty seeking, NS)،

پاداش خواهی (Reward dependence, RD) و

پشتکار (Persistence, PE).

کاراکتر که جزء مفهومی شخصیت است و با تعلیم و تربیت کسب می‌شود شامل سه جزء زیر می‌باشد:

خودراهبری (Self-directedness, SD)،

همکاری (Cooperativeness, CO) و

خوداعتلائی (Self-transcendence - ST) (۲).

روایی مقیاس‌ها برای مقیاس‌های فوق به ترتیب با ضریب آلفای ۰/۷۵، ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۹۰، ۰/۷۶، ۰/۶۶، ۰/۸۶ و همبستگی‌های درونی مقیاس‌ها به ترتیب با ضریب آلفای ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۵۵، ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۸۲ گزارش شده است (۱۷). همچنین در یک مطالعه میان فرهنگی (Cross cultural) که در ایران انجام شده است، روایی و پایایی نسخه فارسی مورد تایید قرار گرفته است (۱۸). در مطالعه حاضر، ابتدا بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به درمانگاه و یا بیماران بستری بخش بعد از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، توسط متخصص اعصاب و روان ویزیت شده و بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID) برای اختلالات DSM-IV-TR مورد ارزیابی قرار گرفتند. در صورت تشخیص اختلال افسردگی اساسی، عدم همراهی اختلال روانپزشکی مازور دیگر، عدم سابقه درمان دارویی ضد افسردگی و داشتن تمایل شخصی وارد مطالعه شدند. ضمناً بیمارانی که به عنوان نمونه گروه آزمایش انتخاب شدند در پرسش‌نامه ۲۴ سوالی همیلتون نمره بالاتر از ۷ را کسب کردند. سپس اجزای شخصیت توسط پرسش‌نامه ۱۲۵ سوالی TCI ارزیابی شدند. در گروه شاهد (افراد بدون افسردگی) نیز بعد از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از همراهان مراجعین به درمانگاه‌ها، ارزیابی به واسطه مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID) توسط متخصص اعصاب و روان انجام گرفته و بعد از رد سابقه اختلالات روانپزشکی و کسب نمره ۷ یا کمتر در تست همیلتون و همینطور کسب سایر معیارهای ورود گروه افراد سالم، وارد مطالعه شده و پرسش‌نامه TCI را تکمیل می‌نمودند. داده‌های بدست آمده از مطالعه در محیط نرم افزار آماری SPSS 18 و با بهره‌گیری از روش‌های آمار توصیفی (میانگین \pm انحراف معیار، فراوانی، درصد و ...) و روش‌های آمار استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. در بخش بررسی تفاوت‌ها، متغیرهایی که دارای توزیع نرمال بودند با آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های مستقل (Independent Sample's t test) و در صورتی که دارای توزیع نرمال نبودند با آزمون‌های غیر پارامتریک (یومان ویتنی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در بخش بررسی ارتباط بین متغیرها، در داده‌های دارای توزیع نرمال از ضریب همبستگی پیرسون و در صورت نداشتن توزیع نرمال از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شده است. در مطالعه حاضر مقدار $P < 0/05$ از لحاظ آماری معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۶۰ بیمار و ۱۴۵ فرد نرمال انتخاب و تحت ارزیابی قرار گرفتند. در ادامه به دلیل ریزش و انصراف برخی از شرکت‌کنندگان، نمونه‌های انتخابی به ۲۵۹ نفر (۱۲۸ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و ۱۳۱ فرد عادی) تعدیل یافت که شامل ۹۵ نفر مرد و ۱۶۴ نفر زن بودند. در گروه افراد افسرده میانگین سنی شرکت‌کنندگان $32/61 \pm 9/61$ سال سن و در گروه افراد عادی میانگین سنی شرکت‌کنندگان $31/79 \pm 9/99$ سال سن می‌باشد. نتایج جدول ۲

در گروه افراد عادی عبارتند از: نداشتن سابقه بیماری روانپزشکی، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، سن ۶۵-۱۸، نمره ۷ یا پایین‌تر در پرسشنامه همیلتون، عدم وجود بیماری مزمن جسمی همزمان، عدم وجود سابقه اعتیاد، عدم وجود سوابق جزیایی مکرر و رضایت به شرکت در مطالعه و امضای رضایت‌نامه آگاهانه کتبی. معیارهای خروج از مطالعه عبارتند از: وجود علائم و یا شروع علائم سایکوتیک برای گروه افراد افسرده. مصاحبه ساختار یافته که امکان تشخیص بر اساس DSM-IV را فراهم می‌آورد و دارای دو نسخه اصلی SCID-I و SCID-II می‌باشد. در ایران برای تمام تشخیص‌ها به جز کل اختلالات اضطرابی، کاپا بالاتر از ۰/۴ بوده است. در اکثر تشخیص‌ها ویژگی بالاتر از ۰/۸۵ و در نیمی از این تعداد بالای ۰/۹ بوده است که نشان‌دهنده ویژگی مطلوب است. تشخیص حساسیت تا حدودی پایین‌تر بوده است (۵). این ابزار در تعدادی از مطالعات به عنوان استاندارد طلایی در تشخیص بالینی، استفاده شده است (۸-۶). مقیاس افسردگی همیلتون جزء ارزیابی بالینی برای سنجش افسردگی می‌باشد (۱۰-۹). در برخی بررسی‌ها نقطه برش ۱۶ برای این مقیاس تعیین گردیده است. در بررسی‌های همیلتون پایایی آن از طریق همبستگی بین ارزیاب از ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. اعتبار مقیاس از طریق همبستگی با سایر ابزارها از ۰/۶۰ تا ۰/۸۴ و اعتبار سنجش درونی از ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ بوده است. Gharraee و همکاران ضریب پایایی این مقیاس را با مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۵ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند. ضریب همبستگی مقیاس افسردگی بک و مقیاس همیلتون توسط توزنده جانی و عبدالهیان ۶۵ درصد گزارش گردیده است (۱۱). در مطالعات اخیر ضریب پایایی درونی ۰/۸۸ بدست آمده است (۱۲). بر اساس مطالعات انجام شده روایی و پایایی آن تایید شده است (۱۵-۱۳). پرسشنامه مزاج و کاراکتر کلونینگر (Temperament and Character Inventory - TCI) توسط رابرت کلونینگر در سال ۱۹۹۳ تدوین شده و مزاج را در چهار بعد نوجویی، اجتناب از آسیب، پاداش خواهی و پشتکار و کاراکتر را در سه بعد خودراهبری، همکاری و خود اعتلایی می‌سنجد. روایی و پایایی آن تایید شده است (۱۶). طبق مطالعه کویانی و پورنصاح نتایج همبستگی نشان‌دهنده پایایی قوی بین نمرات مقیاس‌ها در مرحله آزمون و بازآزمون مقیاس‌های هفتگانه می‌باشد. همبستگی معنی‌دار بالاتر از ۴۰ درصد بین NS، PE، HA و RD وجود ندارد که نشان می‌دهد چهار بعد مزاجی از یک دیگر مستقل هستند. همچنین بین ابعاد کاراکتر و مزاج همبستگی‌های ضعیف تا متوسط کمتر از ۴۰ درصد وجود دارد، به غیر از همبستگی خودراهبری و آسیب‌پذیری که بیش از ۴۰ درصد است. تنها همبستگی بالاتر از ۴۰ درصد بین ابعاد سه گانه کاراکتر مربوط به همکاری و خودراهبری است. همچنین طبق مطالعه، Kaviani و Pourmaseh ضرایب پایایی آزمون-بازآزمون مقیاس‌های فرم کوتاه در مقیاس‌های NS، HA، RD، PE، CO، SD، ST با ضریب آلفای ۰/۸۶، ۰/۸۸، ۰/۸۳، ۰/۸۶، ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ضرایب

گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و بصورت معنی دار وارد معادله شدند و در گام ششم اجتناب از آسیب به دلیل اینکه رابطه معنی داری نداشت از معادلات حذف شد. جدول ۴ نشان می دهد که ضریب همبستگی چندگانه برای مدل آخر (۶) برابر با $R=0/71$ بوده که مجذور آن $R^2=0/51$ و ضریب تعیین اصلاح شده برابر با $Adjusted\ R=0/49$ می باشد و نشان می دهد که این مدل می تواند 51% افسردگی را در این افراد پیش بینی نماید. از طرفی نتایج تحلیل واریانس رگرسیون (آزمون معنی داری خط رگرسیون) نشان داد $(P<0/001)$ اثر رگرسیون یا اثر متغیرهای مستقل نسبت به اثر باقی مانده کاملاً معنی دار بوده و خطی بودن مدل را تأیید می کند.

نشان می دهد که افراد افسرده و عادی در مزاج های خطرپرهیزی، پاداش خواهی و پشتکار با یکدیگر دارای تفاوت معنی دار هستند و فقط مزاج نوجویی تفاوت معنی دار ندارد. از طرفی دو گروه در کاراکترهای خودراهبری و همکاری با یکدیگر دارای تفاوت معنی دار بوده و در کاراکتر خوداعتلائی تفاوت معنی داری ندارند. برای بررسی قدرت پیش بینی کنندگی افسردگی توسط اجزای مزاج و کاراکتر، از مدل رگرسیون خطی استفاده شد. جهت بررسی پیش بینی کننده های افسردگی، افسردگی به عنوان متغیر ملاک و نوجویی، اجتناب از آسیب، پاداش خواهی و پشتکار، خودراهبری، همکاری و خودفراروی به عنوان متغیرهای پیش بین استفاده شده و در رگرسیون

جدول (۱): متغیرهای مورد مطالعه

مقیاس (Scale)	نحوه اندازه گیری	نوع متغیر	عنوان متغیر
اسمی	چک لیست و پرونده بیمار	کیفی / اسمی	گروه های مورد مطالعه
فاصله ای	پرسشنامه همیلتون	کمی / پیوسته	اختلال افسردگی اساسی
فاصله ای	پرسشنامه TCI	کمی / پیوسته	سرشت نوجویی Novelty Seeking
فاصله ای	پرسشنامه TCI	کمی / پیوسته	سرشت اجتناب از آسیب Harm Avoidance
فاصله ای	پرسشنامه TCI	کمی / پیوسته	سرشت پاداش خواهی Reward Dependence
فاصله ای	پرسشنامه TCI	کمی / پیوسته	سرشت پشتکار Persistence
فاصله ای	پرسشنامه TCI	کمی / پیوسته	منش خود راهبردی Self Directedness
فاصله ای	پرسشنامه TCI	کمی / پیوسته	منش همکاری Cooperativeness
فاصله ای	پرسشنامه TCI	کمی / پیوسته	منش خود فراروی Self Transcendence

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه

متغیرها	گروه افسرده	گروه افراد عادی	کل شرکت کنندگان
جنسیت	مرد	زنان	کل
	۴۲ (۳۲/۸۱)	۵۳ (۴۰/۴۶)	۹۵ (۳۶/۶۸)
	۸۶ (۶۷/۱۹)	۷۸ (۵۹/۵۴)	۱۶۴ (۶۳/۳۲)
سن	مرد	زنان	کل
	۳۲/۶۱ (±۹/۶۱)	۳۱/۸۳ (±۹/۵۳)	۳۲/۲۰ (±۹/۸۰)
	۳۳/۵۹ (±۹/۹۳)	۳۱/۸۶ (±۱۰/۳۵)	۳۱/۳۱ (±۹/۱۵)
	۱۹/۰۶ (±۷/۷۴)	۲/۹۲ (±۲/۴۷)	۳۲/۷۲ (±۱۰/۱۵)
	۱۸/۹۵ (±۷/۷۳)	۲/۹۴ (±۲/۶۸)	۱۰/۹۹ (±۵/۱۱)
	۱۹/۱۱ (±۷/۳۱)	۲/۸۹ (±۲/۳۳)	۱۰/۹۵ (±۵/۲۱)
	۱۱	۱۱	۲۲

میانگین نمره مقیاس افسردگی همیلتون در گروه افسرده $19/06 \pm 7/42$ و در گروه افراد عادی $2/92 \pm 2/47$ می باشد... طبق نتایج تی مستقل بین گروه افراد افسرده و عادی از نظر سن تفاوت معنی دار نبود ($P=0/49$).

جدول ۳: میانگین متغیرهای آزمون کلونینگر در افراد مورد مطالعه

مقدار P	آماره من ویتنی	گروه افراد عادی		گروه افسرده		متغیرها
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
<0/001	۴۱۶۸	۴/۷۶	۷/۸۶	۴/۰۹	۱۲/۳۳	مزاج خطرپرهیزی (HA)
0/06	۷۲۶۶/۵۰	۳/۴۷	۸/۱۷	۳/۸۸	۹/۱۳	مزاج نوجویی (NS)
0/05	۷۲۱۱	۲/۸۸	۹/۸۳	۲/۶۰	۱۰/۴۴	مزاج پاداش خواهی (RD)
0/04	۷۱۹۳/۵۰	۱/۴۱	۲/۵۲	۱/۲۳	۲/۸۸	مزاج پشتکار (PE)
<0/001	۲۴۱۰/۵۰	۴/۳۶	۱۷/۱۰	۴/۹۴	۹/۸۶	کاراکتر خود راهبری (SD)
0/001	۶۴۵۵	۴/۳۵	۱۷/۵۰	۴/۲۳	۱۶/۰۸	کاراکتر همکاری (CO)
0/۵۷	۸۰۴۲/۵۰	۳/۳۸	۷/۶۹	۳/۲۶	۷/۳۹	کاراکتر خود اعتلائی (ST)

جدول ۴: نتایج آزمون رگرسیون و مدل‌ها برای پیش‌بینی افسردگی برای کل شرکت‌کنندگان

مدل	متغیرهای وارد شده	ضریب همبستگی چندگانه R	ضریب تعیین R ²	ضریب تعیین اصلاح شده Adjust R	خطای معیار
۱	منش خودراهبردی	۰/۶۸	۰/۴۶	۰/۴۶	۷/۲۰
۲	منش خودراهبردیاختتاب از آسیب منش خودراهبردی	۰/۶۹	۰/۴۸	۰/۴۷	۷/۰۹
۳	اجتناب از آسیب پشتکار منش خودراهبردی	۰/۷۰	۰/۴۹	۰/۴۹	۷/۰۱
۴	اجتناب از آسیب پشتکار پاداش خواهی منش خودراهبردی	۰/۷۱	۰/۵۰	۰/۴۹	۶/۹۶
۵	اجتناب از آسیب پشتکار پاداش خواهی نوجویی منش خودراهبردی	۰/۷۱	۰/۵۱	۰/۵۰	۶/۹۱
۶	پشتکار پاداش خواهی نوجویی	۰/۷۱	۰/۵۱	۰/۴۹	۶/۹۲

به عنوان عامل محافظتی و بهبود برای بسیاری از اختلالات روانپزشکی بشمار می‌روند. در این راستا و مطابق با یافته‌های Sadock در مطالعه حاضر کاراکتر خودراهبردی و همکاری در بیماران دارای افسردگی نسبت به افراد عادی به طور معنی‌دار پائین می‌باشد (۲). در اکثر مطالعات از بین اجزای مزاج به مزاج پشتکار اشاره چندانی نشده ولی در این مطالعه، مزاج پشتکار در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به طور معنی‌داری بالاتر از افراد عادی گزارش گردید. از طرفی Celikel و همکاران، Smith و همکاران و Nerry و همکاران خطرپرهیزی بالا و کاراکتر خود راهبری پائین را به عنوان مارکر پیش‌بینی‌کننده احتمال ابتلا به افسردگی معرفی کرده‌اند (۳، ۲۰، ۲۱). یافته‌های مطالعه حاضر در راستای یافته‌های فوق نشان می‌دهد در افراد دارای افسردگی اساسی نمرات خطرپرهیزی بالا و خودراهبری پائین می‌باشد اما در افراد عادی خطرپرهیزی پائین و کاراکتر خودراهبری بالا می‌باشد. در مطالعه مرورری Mochcovitch و همکاران سازگاری بین مزاج خطرپرهیزی و کاراکتر خود راهبری را در اختلالات افسردگی تأیید کرده‌اند. در این راستا مطالعه ما بین خطرپرهیزی و خودراهبری رابطه منفی معنی‌دار به دست آورده است. همچنین Mochcovitch به این نتیجه اشاره کرده است که ارتباط بین مزاج نوجویی پائین و کاراکتر خودراهبری بالا با شروع اضطراب و افسردگی وجود دارد و قدرت پیش‌بینی افسردگی با مزاج خطر پرهیزی به همراه کاراکتر خودراهبری نسبت به مزاج نوجویی به همراه کاراکتر خودراهبری بالاتر است که در این راستا مطالعه ما متناقض بوده و قدرت پیشگویی افسردگی را با نوجویی و خودراهبری بالاتر ارزیابی نموده به طوری که خطرپرهیزی سهمی در پیش‌بینی نداشته و از معادله خارج شده است (۲۲). در مطالعه

با بهره‌گیری از ضریب بتای معادله رگرسیونی که نتایج آن در جدول (۴) ارائه شده است با توجه به آخرین مدل انجام شده منش خودراهبردی با بتای ۰/۷۱- در سطح $p < ۰/۰۰۱$ بیشترین سهم را در تبیین افسردگی داشته و از طرفی دیگر سرشت پاداش خواهی با بتای ۰/۱۳- در سطح $p = ۰/۰۰۳$ ، سرشت نوجویی با بتای ۰/۱۳- در سطح $p = ۰/۰۱$ و پشتکار با بتای ۰/۱۱- در سطح $p = ۰/۰۱$ به ترتیب سهم‌های بعدی را در پیش‌بینی افسردگی (شدت افسردگی) ایفا می‌کنند.

بحث

معیارهای سختگیرانه ورود به مطالعه از نظر تشخیص بیماری، همبودی بیماری روانپزشکی دیگر، مشکل در کسب رضایت و همکاری آزمودنی‌ها منجر شد در گروه افسرده ۳۲ نفر و در گروه افراد عادی ۱۴ نفر از مطالعه خارج گردند. این ارقام به نوبه خود نشان می‌دهد سطح همکاری افراد عادی نسبت به افراد دارای افسردگی نسبتاً بالاتر می‌باشد. سرانجام ۱۲۸ بیمار مبتلا به افسردگی و ۱۳۱ فرد عادی مراحل ارزیابی را به صورت کامل طی نمودند. در گروه بیماران افسرده ۴۲ نفر (۳۲/۸۱ درصد) از شرکت‌کنندگان را مردان و ۸۶ نفر (۶۷/۱۹ درصد) از شرکت‌کنندگان را زنان تشکیل داده‌اند. آمار حاضر نشان می‌دهد شیوع افسردگی در بین زنان بیش از مردان می‌باشد. یافته حاضر همسو با نتایج Sadock می‌باشد که شیوع افسردگی را در مردان ۱۰ درصد و در زنان ۲۰ درصد گزارش کرده‌اند. از طرفی در سبب‌شناسی افسردگی عامل جنسیت را موثر دانسته است (۱۹، ۲). Sadock معتقد است کاراکتر خودراهبردی و کاراکتر همکاری بالا

همکاری پایین تری نسبت به افراد عادی تجربه می‌کنند. در این مطالعه سایر متغیرهای دموگرافیک اجتماعی زیستی نظیر تحصیلات، وضعیت اقتصادی، مدت زمان بیماری، نوع اشتغال لحاظ نگردیده و فاز درمان مورد بررسی قرار نگرفته است، هرچند که در مطالعه حاضر حداقل تحصیلات سوم راهنمایی معیار ورود لحاظ گردید تا از درک مفاهیم سوال توسط شرکت‌کنندگان اطمینان حاصل شود، لیکن تاثیر تحصیلات در نحوه پر کردن پرسش‌نامه‌ها و احتمال تفاوت درک سؤالات لحاظ نگردیده است و مطالعات بیشتر با در نظر گرفتن این فاکتور نیاز می‌باشد. همچنین از دیگر محدودیت‌های مقاله حاضر این مسأله می‌باشد که با توجه به تغییرات ایجاد شده در نگرش فرد نسبت به خود و دنیای اطراف در اثر اختلال افسردگی ماژور، ممکن است پاسخ فرد به پرسش‌نامه‌ها در فاز افسردگی متفاوت باشد لذا مطالعات بیشتری نیاز است تا تأثیر این موضوع نیز بررسی گردیده و لحاظ گردد.

قدردانی

یافته‌های پژوهش حاضر از پایان‌نامه دکتری تخصصی روانپزشکی خانم دکتر الهام رزاق کریمی با شماره ۹۴/۳-۹/۱۷ استخراج گردیده است. بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان و همچنین افرادی که در گردآوری و تدوین پایان‌نامه و مقاله حاضر نقش داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

ملاحظات اخلاقی: پروتکل این مطالعه در کمیته اخلاق منطقه‌ای استان آذربایجان شرقی در تاریخ ۹۵/۵/۲۵ به شماره مرجع IR.TBZMED.REC.1395.515 به تایید رسیده است.

منابع مالی: حمایت مالی از این طرح تحقیقاتی تحت شماره ۱۳/۴/۱۳/ت مورخه ۱۳۹۵/۰۶/۰۶ از طرف مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز صورت پذیرفته است.

منافع متقابل: مؤلف اظهار می‌دارد که منافع متقابلی از تألیف یا انتشار این مقاله ندارد.

مشارکت مؤلفان: ع.ف و همکاران، طراحی و اجرا و تحلیل نتایج مطالعه را بر عهده داشته و همچنین مقاله را تألیف نموده و نسخه نهایی آن را خوانده و تأیید کرده‌اند.

حاضر نتایج نشان داد افراد دارای افسردگی اساسی در مزاج خطرپرهیزی به طور معنی‌دار نمره بالاتر و در کاراکتر خودراهبری به طور معنی‌دار پائین‌تر از افراد عادی می‌باشند. در این راستا مطالعه Smith و همکاران نیز مزاج خطرپرهیزی بالاتر و کاراکتر خودراهبری پایین‌تر در بیماران افسرده (حتی بعد از درمان موثر) نسبت به گروه شاهد را گزارش کرده‌اند (۲۰). مطالعه مروری Klein و همکاران و همچنین Celikel و همکاران در بیماران افسردگی اساسی سطوح مزاج خطرپرهیزی بالاتر و کاراکتر خودراهبری پایین‌تر نسبت به گروه شاهد سالم گزارش کرده‌اند (۳، ۲۳). در راستای دو مطالعه مذکور، یافته‌های مطالعه ما نیز مطابق بوده و سطوح بالاتر خطرپرهیزی و سطوح پائین خودراهبری را در بیماران افسرده اساسی نسبت به افراد عادی گزارش کرده است. در حالی که Smith و همکاران مزاج خطرپرهیزی و خودراهبری را پس از درمان در بیماران افسرده غیر طبیعی گزارش کرده‌اند اما مطالعه ما دارای فاز درمانی نبوده و صرفاً در یک مرحله انجام شده و سطح بالای خطرپرهیزی و پائین خودراهبری به دست آمده است. Winter و همکاران دارندگان مزاج خطرپرهیزی بالا را مستعد اختلال افسردگی اساسی دانسته‌اند (۲۴) در حالی که خطرپرهیزی بالا در مطالعه ما در کنار خودراهبری، پشتکار، پاداش‌خواهی پیش‌بینی‌کننده افسردگی می‌باشد و به محض اینکه نوجویی به آنها اضافه گردد، خطرپرهیزی پیشگوئی‌کننده معنی‌داری نبوده و از معادله حذف می‌گردد. در این راستا طبق گزارش Kampman و Poutanen از Abram، معتقدند خطرپرهیزی پیشگوی قابل اعتمادی برای درمان ضدافسردگی در افسردگی اساسی و دیس‌تایمی می‌باشد (۲۵). در حالی که مطالعه ما فاز درمان و پس از درمان را بررسی نموده و در فاز افسردگی خطرپرهیزی را تا حدی به عنوان پیش‌بینی‌کننده افسردگی گزارش کرده است.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از نظر مزاج‌های خطرپرهیزی، پاداش‌خواهی و پشتکار، کاراکترهای خودراهبری و همکاری با افراد عادی تفاوت معنی‌داری می‌باشند. براین اساس افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی خطرپرهیزی، پاداش‌خواهی و پشتکار بالا و خودراهبری و

References

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 2010; (21): 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
2. Sadock B J, Sadock V A. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. LWW, 2009; PP: 2000-3000. doi: 10.4067/s0717-92272002 000300011
3. Celikel F C, Kose S, Cumurcu B E, Erkorkmaz U, Sayar K, Borckardt J J, et al. Cloninger's temperament and character dimensions of personality in patients with major depressive

- disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2009; **50**: 556-561. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.11.012
4. Bensaeed S, Jolfaei A G, Jomehri F, Moradi A. The relationship between major depressive disorder and personality traits. *Iran J Psychiatry* 2014; **9**(1): 37-41.
 5. Sharifi V, Asaadi S M, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the Persian version of the Structured Clinical Interview for the Diagnostic SCID. *Advances in cognitive science, 2004 ACECR Scientific Information Database* 2003; **6**(22): 20-22.
 6. Steiner J I, Tebes J K, Sledge W H, Walker M L. A comparison of the Structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnosis. *Nerv Ment Dis* 1995; **183**: 365-369.
 7. Lobbbestael J, Leurgans M, Arntz A. Inter-rater reliability of Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical psychology and psychotherapy* 2011; **18**: 75-79. doi: 10.1002/cpp.693
 8. Sharifi V, Assadi S M, Mohammadi M R, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A persian translation of Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical M annual of Mental Disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2009; **50**: 86-91. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.04.004
 9. Hamilton M. A rating scale for depression. *Neurology and Psychiatry* 1960; **23**: 56-62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56
 10. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Psychology* 1967; **6**: 278-296. doi: 10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x
 11. Gharaee B, Mehriar A, Mehrabi F. Attribution style in patients with comorbid anxiety and depression. *Journal of Iran psychiatry and clinical psychology* 1379; **20**: 37-42.
 12. Bech P, Tanghøj P, Andersen H, Overo K. Citalopram dose-response revisited using an alternative psychometric approach to evaluate clinical effects of four fixed citalopram doses compared to placebo in patients with major depression. *Psychopharmacology* 2002; **163**: 20-25. doi: 10.1007/s00213-002-1147-6
 13. Knesvich J W, Biggs J T, Clayton P J. Validity of the Hamilton Rating Scale for depression. *British Journal of Psychiatry* 1977; **131**: 49-52. doi: 10.1192/bjp.131.1.49
 14. Reynold S, William M, Kobak K, Kenneth A. Reliability and Validity of Hamilton depression inventory. *Psychological Assessment* 1995; **74**: 472-483. doi: 10.1037/1040-3590.7.4.472
 15. Trajkovic G, Starčević V, Latas M, Leštarević M, Ille T, Bukumirić Z, et al. Reliability of the Hamilton rating Scale for depression: A meta analysis. *Psychiatry Research* 2011; **189**: 1-9. doi: 10.1016/j.psychres.2010.12.007
 16. Cloninger C R, Svrakic D M, Przybeck T R. A Psychobiological model of temperament and character. *General Psychiatry* 1993; **50**: 975-990. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820240059008
 17. Kaviani H, Pourmaseh M. Reliability and validity of Cloninger's temperament and character questionnaire in Iranian publication *Journal of medicine faculty* 2003; **63**(2): 89-98
 18. Richter J, Brandstorm S, Emami H, Ghazinour M. An Iranian (Farsi) version of the temperament and character inventory: A cross-cultural comparison. *Psychological reports* 2007; **100**: 1218-1228. doi: 10.2466/pr0.100.4.1218-1228
 19. Sadock BJ, Sadock V A. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 10, LWW, 2007; PP: 350-750
 20. Smith D J, Duffy L, Stewart M E, Muir W J. Blackwood D.H.R. High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. *Journal of affective disorders* 2005; **87**: 83-89. doi: 10.1016/j.jad.2005.03.014
 21. Nery F G, Hatch J P, Nicoletti M A, Monkul E S, Najt P, Matsuo K, et al. Temperament and character traits in major depressive disorder: influence of mood state and recurrence of episodes. *Depression and anxiety* 2009; **26**: 382-388. doi: 10.1002/da.20478
 22. Mochcovitch M D, Nardi A E, Cardoso A. Temperament and character dimensions and their relationship to major depression and panic disorder. *RBP Psychiatry* 2012; **34**: 342-351. doi: 10.1016/j.rbp.2012.03.002
 23. Klein D N, Kotov R, Bufferd S J. Personality and depression explanatory models and review of the evidence. *Clin psychol* 2011; **7**: 269-295. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540
 24. Winter R F P, Wolterbeek R, Spinhoven P, Zitman F G, Goekoop J G. Character and temperament in major depressive disorder and a highly anxious-retarded subtype derived from melancholia. *Comprehensive psychiatry* 2007; **48**: 426-435. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.04.002
 25. Kampman O, Poutanen O. Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? *Journal of affective disorders* 2011; **135**: 20-27. doi: 10.1016/j.jad.2010.12.021