

مقایسه سرشت و منش بیماران مبتلا به افسردگی اساسی با و بدون اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار

نسترن عطارد^۱، بابک وجودی^۲، محمد باقر رئوفی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۱۹

چکیده

هدف: هدف این پژوهش مقایسه سرشت و منش بیماران مبتلا به افسردگی اساسی با و بدون اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار بود. **روش:** روش این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش را مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی تشکیل می‌دادند که در سه ماهه دوم و سوم سال ۱۳۹۵ به مراکز درمانی شهر تبریز مراجعه کرده بودند. با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ فرد مبتلا به افسردگی اساسی با اختلال مصرف مواد و ۳۰ فرد مبتلا به افسردگی اساسی بدون اختلال مصرف مواد و با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر همتای بهنجار آنها انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه ابعاد سرشت و منش و ویرایش دوم پرسش‌نامه افسردگی بک استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که بیماران افسرده به طور معناداری نوجویی و آسیب‌پرهیزی بالاتر، پشتکار، خودراهبری و همکاری پایین‌تری نسبت به افراد بهنجار نشان می‌دهند. به علاوه بیماران افسرده با اختلال مصرف مواد نوجویی بالاتر و پشتکار، خودراهبری و همکاری پایین‌تری را نسبت به بیماران افسرده بدون همبودی گزارش کردند. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش نشان می‌دهد که ابعاد سرشت و منش شخصیت در ابتلا به اختلالات روانی نقش بسزایی دارند. شناسایی این ابعاد در گروه‌های پرخطر می‌تواند در تدوین مداخلات پیشگیرانه و درمانی کارا برای افسردگی و اختلالات مصرف مواد موثر باشد.

کلیدواژه‌ها: سرشت و منش، اختلال افسردگی اساسی، اختلال مصرف مواد

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، پست الکترونیکی:

Babak.vojudi@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، اداره مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

اختلالات روانی در جامعه شایع و فراگیرند به طوری که ۲۶/۲ درصد از افراد، ملاک‌های تشخیص بیش از یک اختلال را دارند. از این تعداد ۳/۸٪ و ۶/۷٪ به ترتیب ملاک‌های اختلال مصرف مواد و افسردگی را برآورد می‌کنند. اختلال افسردگی اساسی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی می‌باشد (سرانو^۲ و همکاران، ۲۰۱۰) و در بین اختلالات روان پزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷ درصد) را دارد (کاپلان^۳ و سادوک^۴، ۲۰۰۷). اختلال افسردگی اساسی شاخه‌ای از اختلالات افسردگی است که با وجود پنج یا تعداد بیشتری از نشانه‌های زیر به مدت دو هفته مشخص می‌شود: (۱) خلق افسرده، (۲) کاهش محسوس علاقه یا لذت، (۳) کاهش یا افزایش وزن، (۴) بی‌خوابی یا پرخوابی، (۵) سراسیمگی یا کندی روانی - حرکتی، (۶) خستگی یا فقدان انرژی، (۷) احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه بیش از حد، (۸) کاهش توانایی فکر یا تمرکز کردن و (۹) افکار مکرر مرگ. تشخیص این اختلال حداقل به یکی از دو نشانه‌ی مهم (۱) خلق افسرده و (۲) فقدان علاقه یا لذت، نیاز دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). افسردگی بر جنبه‌های مختلف زندگی تاثیر می‌گذارد و علائم آن عملکرد افراد در حوزه‌های مختلف را تحت تاثیر قرار می‌دهد (گیلبرت^۵، ۲۰۰۷).

در اغلب موارد بیماران مبتلا به افسردگی اساسی همزمان به اختلالات مصرف مواد^۶ و یا سایر اختلالات روان پزشکی مبتلا هستند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که یک چهارم بیماران افسرده از اختلالات مصرف الکل رنج می‌برند (دیویس^۷ و همکاران، ۲۰۰۶). ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۸ ویژگی اصلی اختلالات مصرف مواد را مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی معرفی می‌کند که فرد با وجود مشکلات قابل ملاحظه‌ی مرتبط با مواد، مصرف مواد را ادامه می‌دهد. ویژگی مهم اختلال مصرف مواد تغییر اساسی در مدارهای مغزی است که ممکن است حتی بعد

1. Major depressive disorder (MDD)
2. Serrano &
3. Kaplan
4. Sadock
5. Gilbert

6. Substance use disorder (SUD)
7. Davis
8. Diagnostic and Statistical Manual
of Mental Disorders, Fifth Edition
(DSM-5)

از مسمومیت‌زدایی ادامه یافته و باعث برگشت‌های مکرر و اشتیاق شدید به دارو، زمانی که فرد در معرض محرک‌های مرتبط با مواد قرار دارد، شود. در حال حاضر تشخیص اختلال مصرف مواد بر اساس الگوی بیمارگونه‌ای از رفتارهایی داده می‌شود که با مصرف مواد مرتبط است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

در رابطه با سبب‌شناسی این اختلال بحث و جدل زیادی وجود دارد (ندیمی، ۱۳۹۴). اگر چه بر عوامل اجتماعی درگرایش به مواد مخدر تاکید بسیار می‌شود، اما سوء مصرف مواد می‌تواند با فرایندهای زیستی، روانی و شخصیتی نیز ارتباط داشته باشد. ابعاد سرشت و منش از متغیرهایی هستند که در شکل‌گیری و تشدید سوء مصرف مواد و افسردگی نقش دارند (ابوالقاسمی، بهاری، نریمانی و زاهد، ۱۳۹۰؛ فراری^۱ و همکاران، ۲۰۱۳).

بر طبق مدل زیستی روانی کلونینجر^۲ (۱۹۹۳)، سرشت انسان عمدتاً به صورت ژنتیکی تعیین می‌شود و در اوایل کودکی شکل می‌گیرد. سرشت ۴ بعد متفاوت را در بر می‌گیرد که عبارتند از: ۱) نوجویی (فعال‌سازی رفتار در پاسخ به نشانه‌های پاداش و محرک‌های جدید)، ۲) آسیب‌پرهیزی (بازداری رفتاری در پاسخ به نشانه‌های تنبیه و عدم پاداش)، ۳) پاداش‌وابستگی (تداوم رفتار در پاسخ به نشانه‌های پاداش اجتماعی) و ۴) پشتکار (تداوم رفتار علیرغم ناکامی). این ابعاد ممکن است با مدارهای نوروترنسمیتری در سیستم عصبی مرکزی مرتبط باشند (کلونینجر، ۱۹۸۶). هم‌چنین این مدل ابعاد منش را شامل می‌شود که بیشتر تحت تاثیر عوامل محیطی است و در بزرگسالی رشد می‌کند و بر کارایی فردی و اجتماعی در سه سطح تاثیر می‌گذارد: ۱) درون فردی (خودراهبری)، ۲) میان فردی (همکاری) و ۳) فرافردی (خودفراروی) (کلونینجر و همکاران، ۱۹۹۳؛ کلونینجر، ۲۰۰۰). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که ابعاد سرشت و منش بیماران افسرده با جمعیت کلی تفاوت دارد. در پژوهش زانینوتو^۳ و همکاران (۲۰۱۵) بیماران افسرده در بعد آسیب‌پرهیزی نمرات بالا و در بعد خود راهبری نمرات پایین به دست آوردند. آسانو^۴ و همکاران (۲۰۱۴) گزارش کردند که بیماران مبتلا به افسردگی اساسی که از سطوح پایین خود

راهبری برخوردار بودند، دوره بازگشت کوتاه تری بعد از بهبودی دارند. در مقابل، آسیب پرهیزی پیش‌بینی کننده بازگشت دوره بعدی افسردگی نبود. کامپمن^۱ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند که بیماران مبتلا به افسردگی، در آسیب پرهیزی و خودفراوری نمرات بالاتر و در ابعاد خودراهبری، همکاری و پشتکار نمرات پایین تری نسبت به گروه کنترل کسب می کنند و لی^۲ و همکاران (۲۰۱۲) نمرات همکاری پایین را در افراد افسرده گزارش کردند. دباشی و نجفی (۱۳۹۵)، بین افسردگی و ابعاد سرشت و منش همبستگی معناداری گزارش کردند. دو بعد آسیب پرهیزی و خود راهبری پیش‌بینی کننده‌های قوی برای بروز اختلال افسردگی بودند. در پژوهش ابوالقاسمی، کرمی، بختی و بگیان کوله‌مرز (۱۳۹۴)، افراد افسرده نسبت به گروه بهنجار به طور معناداری از نوجویی، آسیب پرهیزی و خودفراوی بیشتر و همکاری، خودراهبری و پشتکار کمتری برخوردار بودند.

مطالعاتی که ابعاد سرشت و منش را در افراد وابسته به مواد بررسی کرده‌اند، نوجویی و آسیب پرهیزی بالا و خودراهبری پایین را در این گروه گزارش کرده‌اند (شر^۳ و همکاران، ۲۰۰۰؛ یون^۴ و همکاران، ۲۰۰۷). اورن، اورن، یانکار و ارکیران^۵ (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند بیماران وابسته به مواد مخدر نسبت به بیماران وابسته به الکل، نمرات بالاتری در نوجویی و نمرات پایین تری در پاداش وابستگی، خودراهبری و پشتکار به دست می آورند. ابوالقاسمی، کیامرثی و مومنی (۱۳۹۲) نشان دادند که میانگین نمرات آسیب پرهیزی و نوجویی در افراد معتاد به مواد مخدر به طور معناداری بیشتر از افراد غیرمعتاد است. همچنین، میانگین نمرات پاداش وابستگی، همکاری و خود راهبری در این گروه به طور معناداری کمتر از افراد غیر معتاد بود.

با این حال مطالعاتی که تفاوت‌های ابعاد سرشت و منش افراد افسرده با و بدون اختلال مصرف مواد را بررسی کند، محدود است (رای^۶ و همکاران، ۲۰۰۲، به نقل از پاونن^۷ و همکاران، ۲۰۱۶). در مطالعه‌ی پاونن و همکاران (۲۰۱۶) بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

1. Kampmana
2. Lee
3. Marquez- Arrico
4. Yoon

5. Evren, Yancar, & Erkiran
6. Rae
7. Paavonen

و اختلال مصرف الکل در مقایسه با بیماران افسرده بدون این همبودی، نمرات خودراهبری و پشتکار کمتر و نمرات نوجویی بالاتر گزارش کردند. در پژوهشی دیگر، مارکوتز-آریکو^۱ و همکاران (۲۰۱۶) خودراهبری پایین را در افراد افسرده‌ی وابسته به مواد گزارش کردند. با در نظر داشتن نقش سرشت و منش در اختلال افسردگی و مصرف مواد و پس از بررسی پیشینه‌های پژوهشی، کمبودی در پژوهش‌های داخلی در این زمینه احساس کردیم و به همین خاطر فرصت پیش رو را به مقایسه ابعاد سرشت و منش در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی با و بدون مصرف مواد و افراد بهنجار اختصاص دادیم.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود که در آن ابعاد سرشت و منش در سه گروه مبتلایان به افسردگی اساسی با و بدون اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار مقایسه شدند. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی تشکیل می‌دادند که در سه ماهه دوم و سوم سال ۱۳۹۵ به مراکز درمانی شهر تبریز مراجعه کرده بودند. ۳۰ فرد مبتلا به افسردگی اساسی با اختلال مصرف مواد و ۳۰ فرد مبتلا به افسردگی اساسی بدون اختلال مصرف مواد براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش در این افراد عبارت بودند از: ۱) عدم سابقه اختلال روان‌پزشکی غیر از افسردگی و مصرف مواد، ۲) عدم سابقه بیماری مزمن جسمانی، ۳) تحصیلات سیکل به بالا، ۴) دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال. سپس ۳۰ نفر نیز همتای بهنجار با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID-I): مصاحبه‌ای انعطاف پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیون و ویلیامز (۱۹۹۶)؛ به نقل از سگال، (۱۹۹۷) تهیه شد. تران و اسمیت (۲۰۰۴) ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان اعتبار بین

ارزیاب‌ها گزارش کرده‌اند. این مصاحبه پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا شد. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز مناسب است (شریفی، و همکاران، ۱۳۸۳).

۲- پرسش‌نامه افسردگی بک- ویرایش دوم^۱: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران برای سنجش نشانه‌های افسردگی ساخته شد. شکل بازنگری شده آن توسط بک، استیر و براون^۲ (۱۹۹۶) ارائه شد تا با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی در چهارمین ویراست تشخیصی و آماری اختلالات روانی هماهنگ باشد. شامل ۲۱ سوال می‌باشد که هر کدام نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرند. نمره ۰ تا ۱۳ بیانگر افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹ بیانگر افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ بیانگر افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ بیانگر افسردگی شدید می‌باشد. بک و همکاران روایی همزمان آن را ۰/۷۹ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۶۷ گزارش کردند (بک، استیر و گاربین^۳، ۱۹۹۸). در جمعیت ایرانی قاسم زاده و همکاران (۲۰۰۵)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۴ را گزارش کردند.

۲- پرسش‌نامه‌ی سرشت و منش^۴: این پرسش‌نامه توسط کلونینجر، پرزیابک، شوراکیک و تزل^۵ (۱۹۹۴) ساخته شده و ۱۲۵ گویه دارد که فرد به صورت صحیح و غلط به آن‌ها پاسخ می‌دهد، شامل چهار بعد سرشت، نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش وابستگی و پشتکار و سه بعد منش خودراهبری، همکاری و خودفراروی است. آلفون سو^۶ و همکاران (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۶۸ گزارش کرده‌اند. این پرسش‌نامه در ایران توسط کاویانی و پورناصرح (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. کاویانی و پورناصرح،

1. Beck depression Inventory-II (BDI-II)
2. Steer, & Brown
3. Garbin

4. Temperament and character inventory (TCI)
5. Przybeck, Svrakic, & Wetzel
6. Alonso

ضرایب همسانی درونی این پرسش‌نامه را در دامنه‌ی ۰/۵۵ تا ۰/۸۰ و ضرایب اعتبار بازآزمایی آن را در دامنه‌ی ۰/۷۳ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه

متغیرها	افسردگی اساسی با		افسردگی اساسی بدون		افراد بهنجار	
	مصرف مواد	فراوانی درصد	مصرف مواد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	درصد
دیپلم به پایین	۱۳	۴۳/۳۳	۱۲	۴۰/۰۰	۱۲	۴۰/۰۰
دیپلم تا لیسانس	۱۱	۳۶/۶۶	۹	۳۰/۰۰	۱۰	۳۳/۳۳
لیسانس و بالاتر	۶	۲۰/۰۰	۹	۳۰/۰۰	۸	۲۶/۶۶
مجرد	۱۰	۳۳/۳۳	۸	۲۶/۶۶	۶	۲۰/۰۰
متاهل	۲۰	۶۶/۶۶	۲۲	۷۳/۳۳	۲۴	۸۰/۰۰
شاغل	۱۳	۴۳/۳۳	۱۶	۵۳/۳۳	۱۹	۶۳/۳۳
بیکار	۱۷	۵۶/۶۶	۱۴	۴۶/۶۶	۱۱	۳۶/۶۶

آماره‌های توصیفی نمرات ابعاد سرشت و منش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی ابعاد سرشت و منش به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	افسردگی اساسی با		افسردگی اساسی بدون		افراد بهنجار	
	مصرف مواد	انحراف میانگین استاندارد	مصرف مواد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد
نوجویی	۹/۷۷	۲/۴۶	۸/۶۶	۲/۱۰	۷/۳۳	۱/۸۹
آسیب پرهیزی	۹/۸۷	۲/۶۳	۹/۷۲	۲/۸۷	۷/۶۸	۲/۴۴
پاداش وابستگی	۱۰/۶۶	۳/۱۱	۹/۹۲	۳/۵۴	۱۰/۰۲	۲/۹۸
پشتکار	۱/۹۲	۱/۷۷	۲/۶۷	۱/۵۸	۳/۸۲	۲/۱۵
خودراهبری	۸/۱۲	۲/۲۳	۱۰/۹۶	۳/۴۶	۱۲/۴۴	۲/۷۸
همکاری	۱۱/۸۹	۲/۴۸	۱۳/۸۸	۲/۷۸	۱۷/۷۰	۳/۱۳
خودفراری	۱۰/۹۸	۳/۱۷	۱۱/۳۶	۳/۴۱	۱۱/۵۴	۲/۹۰

برای بررسی تفاوت در سه گروه از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) می بایستی استفاده شود. قبل از استفاده از این آزمون باید پیش فرض های آن مورد بررسی قرار گیرد. یکی از پیش شرط های این آزمون، همبستگی متعارف بین متغیرهای وابسته است. آزمون کرویت بارتلت نشان می دهد متغیرهای مورد مطالعه دارای همبستگی متعارف بوده و قادرند متغیر ترکیبی به وجود آورند چرا که $\chi^2=4/48$ معنادار نمی باشد. بنابراین پیش فرض همبستگی متعارف متغیرها محقق شده است. یکی دیگر از پیش شرط ها برابری ماتریس واریانس/کواریانس است. براساس آزمون باکس، شرط همگنی ماتریس واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ($F=1/46, P>0/05, M=4/26$ باکس). پیش شرط دیگر، همگنی واریانس های خطاست. آزمون لون نشان داد که این پیش فرض در متغیر نوجویی ($F=0/76, P>0/05$)، آسیب پرهیزی ($F=0/58, P>0/05$)، پشتکار ($F=1/36, P>0/05$)، خودراهبری ($F=0/96, P>0/05$)، و همکاری ($F=1/48, P>0/05$) برقرار است. اما در دو متغیر پاداش وابستگی ($F=1/87, P<0/05$) و خودفراروی ($F=2/26, P<0/05$) این پیش فرض رعایت نشده بنابراین اثر پیلاهی به عنوان شاخص چندمتغیری گزارش می شود. برای بررسی اثر متغیر گروه بر متغیرهای وابسته (سرشت و منش) از مانوا استفاده شد و نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرها بین سه گروه وجود دارد ($P<0/001$ و $F=1/44$ و $F=0/86$ اثر پیلاهی). برای بررسی الگوی تغییرات از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس برای بررسی الگوهای تفاوت در گروه ها

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذورات
نوجویی	۱۴۴/۰۲	۲	۷۲/۰۱	۹/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۱۲۹
آسیب پرهیزی	۴۳۵/۴۰	۲	۲۱۷/۷۰	۱۲/۳۵	۰/۰۲	۰/۱۶۱
سرشت پاداش وابستگی	۶۳۷/۴۸	۲	۳۱۸/۷۴	۱۶/۴۲	۰/۰۸	-
پشتکار	۱۴/۳۴	۲	۷/۱۷	۳/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۱۹۵
خودراهبری	۹۳۹/۵۰	۲	۴۶۹/۷۵	۲۴/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۱
همکاری	۱۳۹۶/۰۱	۲	۶۹۸/۰۱	۱۸/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۸۶
منش خودفراروی	۱۰۷۷/۹۰	۲	۵۳۸/۹۵	۱۴/۵۷	۰/۱۲	-

همانگونه که جدول ۳ نشان می‌دهد بین سه گروه در تمامی خرده‌مقیاس‌های سرشت بجز پاداش وابستگی و تمامی خرده‌مقیاس‌های منش بجز خودفراری تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه به منظور تعیین اینکه بین کدام یک از جفت گروه‌ها از لحاظ آماری تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد بیماران افسرده به طور معناداری نوجویی و آسیب‌پرهیزی بالاتر، پشتکار، خودراهبری و همکاری پایین‌تری نسبت به افراد بهنجار و همچنین بیماران افسرده با اختلال مصرف مواد نوجویی بالاتر و پشتکار، خودراهبری و همکاری پایین‌تری را نسبت به بیماران افسرده بدون مصرف مواد دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ابعاد سرشت و منش در بیماران افسرده با و بدون اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار صورت گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که بیماران افسرده به طور معناداری نوجویی و آسیب‌پرهیزی بالاتر، پشتکار، خودراهبری و همکاری پایین‌تری نسبت به افراد بهنجار نشان می‌دهند. به علاوه بیماران افسرده با اختلال مصرف مواد نوجویی بالاتر و پشتکار، همکاری و خودراهبری پایین‌تری را نسبت به بیماران افسرده بدون این همبودی گزارش کردند.

یک یافته پژوهش این بود که میانگین نمرات نوجویی در افراد افسرده نسبت به گروه بهنجار بیشتر است. این یافته همسو با پژوهش‌های کوسونوکی^۱ و همکاران (۲۰۰۰) و گروزا، پرزیبک، اشپیتزگل، و کلولینجر^۲ (۲۰۰۳) است و ناهمسو با پژوهش بجراکتارو، نووتنی، آرسوا، گادوا، و واجویک^۳ (۲۰۱۷) است. به علاوه افراد افسرده با اختلال مصرف مواد نوجویی بیشتری را نسبت به افراد افسرده بدون این همبودی نشان دادند. این یافته نیز در راستای پژوهش‌های رایب، دیچینگر، کافرا، و رید^۴ (۲۰۰۶)، ابوالقاسمی، کیامرثی و

1. Kusunoki
2. Gruzca, Przybeck, Spitznagel, & Cloninger

3. Bajraktarov, Novotni, Arsova, Gudeva, & Vujovik
4. Ryb, Dischinger, Kufera, & Read

مومنی (۱۳۹۲)، اشنایدر، اوتونی، کاروالو، ایسابتسکی، و لارا^۱ (۲۰۱۵)، هورتادو^۲ و همکاران (۲۰۱۶)، پاونن و همکاران (۲۰۱۶) و مارکوئیز- آریکو، لوپزورا، پرات و آدان^۳ (۲۰۱۶) است. نوجویی یک صفت ارثی شخصیتی است که نشان‌دهنده تفاوت‌های فردی در سیستم فعال‌ساز رفتاری مغز است و توسط انتقال دهنده عصبی دوپامین تنظیم می‌شود. سطوح پایین دوپامین در فرد یک حالت سایق برای به دست آوردن مواد و تجربیاتی ایجاد می‌کند که دوپامین را افزایش می‌دهند. نوجویی با گرایش به فعالیت اکتشافی و تجربه هیجان شدید در پاسخ به محرک‌های جدید، افراط در رویارویی با نشانه‌های پاداش، اجتناب از تنبیه و تصمیم‌گیری تکانشی مشخص می‌شود (کلونینجر، ۱۹۹۳؛ کلونینجر، ۱۹۹۴). این ویژگی‌ها باعث می‌شوند که این افراد در معرض خطر بوده و برای کسب تجربیات و هیجانات جدید به مصرف مواد روی بیاورند. از سوی دیگر اختلال افسردگی موجب تجربه هیجانات ناخوشایند، پریشانی و افت عملکرد فرد در زمینه‌های متعدد می‌شود. شرایط مشکل‌آفرینی که ممکن است فرد با نوجویی بالا را به سمت مصرف مواد سوق دهد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمرات آسیب‌پرهیزی در افراد افسرده نسبت به گروه بهنجار بیشتر است. این یافته همسو با پژوهش‌های بجراکتارو و همکاران (۲۰۱۷)، زانینوتو^۴ و همکاران (۲۰۱۵)، اسپیتهاوز^۵ و همکاران (۲۰۱۰)، ابوالقاسمی، کرمی، بختی و بگیان کوله مرز (۱۳۹۴) و بشرپور، عطارد و عینی (۱۳۹۶) است. اما تفاوت معناداری در میانگین نمرات بیماران افسرده با و بدون اختلال مصرف مواد در بعد آسیب‌پرهیزی وجود نداشت. این یافته همسو با پژوهش‌های مارکوئیز- آریکو و همکاران (۲۰۱۶)، پاونن و همکاران (۲۰۱۶) و ناهمسو با پژوهش‌های هورتادو و همکاران (۲۰۱۶) و اشنایدر و همکاران (۲۰۱۵) است. آسیب‌پرهیزی از دیگر ابعاد سرشتی شخصیت است که به سوخت و ساز سروتونین مربوط است و با گرایش به اجتناب از محرک‌های تنبیه یا فقدان

1. Schneider, Ottoni, De Carvalho, Elisabethsky, & Lara
 2. Hurtado

3. Marquez- Arrico, Lopez- Vera, Prat, & Adan
 4. Zaninotto
 5. Spittlehouse

پاداش مشخص می‌شود (کلونینجر، ۱۹۹۴). فرد با آسیب پرهیزی بالا، تمایل به تجربه‌ی هیجانات منفی مانند ترس، کمرویی و بدبینی دارد (بجراکتارو و همکاران، ۲۰۱۷) و در توانایی سازگاری با محیط و انجام رفتارهای جدید و فعال با مشکل مواجه می‌شود (اسمیت^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). چنین ویژگی‌هایی فرد با آسیب پرهیزی بالا را مستعد تجربه‌ی افسردگی و خلق منفی می‌نماید.

پشتکار از دیگر ابعاد سرشتی شخصیت است که با ویژگی‌های سخت‌کوشی و خستگی‌ناپذیری مشخص می‌شود. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات پشتکار در افراد افسرده نسبت به گروه بهنجار کمتر است. این یافته همسو با پژوهش‌های اریک^۲ و همکاران (۲۰۱۷)، حاجی‌رضائی و همکاران (۲۰۱۷)، ابوالقاسمی، کیامرثی و مومنی (۱۳۹۴) و حسین دوست و حشمتی (۱۳۹۴) است. هم‌چنین افراد افسرده با اختلال مصرف مواد پشتکار کمتری نسبت به افراد افسرده بدون این همبودی نشان دادند. این یافته در راستای پژوهش‌های پاونن و همکاران (۲۰۱۶) و اشنایدر و همکاران (۲۰۱۵) است. فرد با پشتکار کم به راحتی در برابر انتقادهای دچار رنجش شده و قدرت انطباق با شرایط دشوار زندگی را ندارد (کلونینجر، ۱۹۸۹). چنین فردی در برابر مشکلات و ناکامی‌های زندگی دست از تلاش برمی‌دارد و برای تغییر شرایط تلاش نمی‌کند. در عوض برای حل مسائل به شیوه‌های ناکارآمد مانند مصرف مواد متوسل می‌شود و مستعد دل‌سردی، ناامیدی و تجربه‌ی خلق منفی در برابر سختی‌ها می‌باشد.

به علاوه نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات خودراهبری و همکاری در افراد افسرده نسبت به گروه بهنجار کمتر است و افراد افسرده با اختلال مصرف مواد، خودراهبری و همکاری کمتری نسبت به افراد افسرده بدون این همبودی نشان می‌دهند. این یافته‌ها همسو با پژوهش‌های بجراکتارو و همکاران (۲۰۱۷)، اریک و همکاران (۲۰۱۷)، پاونن و همکاران (۲۰۱۶)، هورتادو و همکاران (۲۰۱۶)، مارکوئز-آریکو و همکاران (۲۰۱۶)، لی^۳ و همکاران (۲۰۱۴)، ابوالقاسمی، کیامرثی و مومنی (۱۳۹۴) و

بشرپور، عطارد و عینی (۱۳۹۶) است. خودراهبری و همکاری از ابعاد منشی شخصیت است. خودراهبری توانایی تنظیم و انطباق رفتار با تقاضاهای موقعیتی برای دستیابی به اهداف و ارزش‌های انتخاب شده شخصی است (کلونینجر و شوآرکیک، ۱۹۹۳). فرد دارای خودراهبری پایین، هدفمندی و جهت‌گیری روشنی در کار و زندگی ندارد، اعتماد به نفس پایین دارد و در روند امور تاثیرگذار نیست (کاویانی، ۱۳۸۶).

همکاری نشان می‌دهد که چگونه فرد سازش یافته با انعطاف و انصاف با دیگران برخورد می‌کند، شهود را با اصول اخلاقی ترکیب می‌کند و خود را به عنوان بخش یکپارچه‌ای از گروه‌ها و جامعه تعریف می‌کند. نمرات پایین خودراهبری و همکاری در اختلالات شخصیت، اختلالات خلقی و اختلالات سایکوتیک یافت شده است. این مقیاس‌ها به عنوان یک معیار کلی از سلامت روانی و مهارت‌های انطباقی در نظر گرفته می‌شود و نمرات پایین به عنوان یک شاخص کلی از مشکلات سلامت روانی است (کلونینجر، و همکاران، ۱۹۹۴؛ شوآرکیک، وایت‌هد، پرزباک و کلونینجر، ۱۹۹۳).

محدود بودن جامعه آماری به شهر تبریز و مردان، خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش، عدم کنترل نوع و میزان مصرف مواد و دارو از محدودیت‌های پژوهش حاضر است که بایستی تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ کرمی، جهانگیر؛ بختی، مجتبی؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد (۱۳۹۴). مقایسه سرشت و منش بیماران افسرده و افراد بهنجار. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۷(۴)، ۱۷۲-۱۶۵.
- ابوالقاسمی، عباس؛ کیارثی، آذر و مومنی، سویل (۱۳۹۱). مقایسه سرشت و منش در افراد معتاد به مواد مخدر و غیرمعتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۷(۲۷)، ۱۲۵-۱۳۶.
- ابوالقاسمی، عباس؛ بهاری، محمد؛ نریمانی، محمد و زاهد، عادل (۱۳۹۰). ارتباط ابعاد سرشت و منش با علایم اختلال اسکیزوفرنی مردان. *مجله علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۵(۴)، ۲۷۱-۲۶۵.
- بشرپور، سجاد؛ عطارد، نسترن و عینی، ساناز (۱۳۹۶). ابعاد سرشت/منش و افسردگی: نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۱(۴۳)، ۹۴-۲۷.

حسین دوست، فاطمه و حشمتی، رسول (۱۳۹۴). مقایسه ابعاد سرشتی و منشی شخصیت در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی I و افراد بهنجار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۳ (۷)، ۳۹-۵۰.

دباشی، لیلا؛ و نجفی، محمود (۱۳۹۵). پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس براساس سرشت و منش در دانشجویان، کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم.

سادوک، بی. جی؛ سادوک، وی. ای؛ کاپلان، اچ. (۲۰۰۷). ترجمه فرشید رضائی (۱۳۸۵)، انتشارات ارجمند، تهران.

شریفی، وناداد؛ اسعدی، سیدمحمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ ... و حکیم شوشتری، میترا (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی SCID. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۶، ۲۲-۱۰.

علی محمدی، امیرحسین؛ شبانی نوقایی، فرشاد؛ و زاهدی تجریشی، کمیل (۱۳۹۱). مقایسه ویژگی‌های سرشتی - منشی شخصیت در میان افراد معتاد، افسرده و مضطرب با افراد عادی. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳(۴)، ۹۳-۸۴.

کاویانی، حسین و پورنصاح، مهرانگیز (۱۳۸۴). اعتباریابی و هنجارسنجی پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر در جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۳ (۲)، پیاپی ۵۰، ۸۹-۹۸.

ندیمی؛ محسن (۱۳۹۴). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف کنندگان مواد، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳۶ (۹)، ۱۶۰-۱۴۲.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Asano, T., Baba, H., Kawano, R., Takei, H., Maeshima, H., Takahashi, Y., & Arai, H. (2014). Temperament and character as predictors of recurrence in remitted patients with major depression: A4-year prospective follow-up study. *Psychiatry Research*, 225(3), 322-325. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.12.017.

Bajraktarov, S., Gudeva- Nikovska, D., Manuseva, N., Arsova, S. (2017). Personality Characteristics as Predictive Factors for the Occurrence of Depressive Disorder. *Open Access Macedonia Journal of Medical Sciences*, 5(1), 48-53.

Bajraktarov, S., Novotni, A., Arsova, S., Gudeva- D., Vujovik, V. (2017). Character and Temperament Dimensions in Subjects with Depressive Disorder: Impact of the Affective State on Their Expression. *Open Access Macedonia Journal of Medical Sciences*, 5(1), 64-67.

Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *Beck depression Inventory-II*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.

- Beck, A.T., Steer, R. A., Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(2), 77-100.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(5), 975-990.
- Cloninger, C. R. (1994) Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*, 4, 266-273.
- Cloninger, C. R. (1994). Temperament and personality. *Current Opinion of Neurobiology*, 4(1), 266-273.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M. & Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to Its Development and Use*. Washington University Center for Psychobiology of Personality, St. Louis, Mo, USA.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. (1994). *Differentiating normal and deviant personality by the seven factor personality model*. In Struck, S, Lorr. New York: Springer (Eds), M. Publishing Co.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. (1998). *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, 245-263.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975° 990.
- Davis, L. L., Frazier, E., Husain, M. M., Warden, D., Trivedi, M., Fava, M., Cassano, P., McGrath, P. J., Balasubramani, G. K., Wisniewski, S. R., Rush, J. A. (2006). Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: a confirmatory analysis of the STAR D cohort. *American Journal of Addiction*, 15, 278° 285.
- Eric, P. A., Eric, I., Curkovic, M., Dodig- Curkovic, K., Kralik, K., Kovac, V., Filakovic, P. (2017). The temperament and character traits in patients with major depressive disorder and bipolar affective disorders with and without suicide attempt. *Psychiatria Danubina*, 29(2), 171- 178.
- Evren, C., Evren, B., Yancar, C., Erkiran, M. (2007). Temperament and Character Model of Personality Profile of Alcohol- and Drug-Dependent Inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 283° 288.
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., et al. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43(3), 471° 481. DOI: 10.1017/S0033291712001511.
- Ghasemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory-second edition: BDI-II. *Journal of depression and anxiety*, 21(4), 185-192.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and counselling for depression*, (3rd ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Gruza, R. A., Przybeck, T. R., Spitznagel, E. L., Cloninger, C. R. (2003). Personality and depressive symptoms: a multidimensional analysis. *Journal of Affective Disorder*, 74(9), 123-130.

- Hajirezaei, S., Mohammadi, A., Soleimani, M., Rahiminezhad, F., Mohammadi, M. R., Cloninger, C. R. (2017). Comparing the profile of temperament and character dimensions in patients with major depressive disorder and bipolar mood disorder with a control group. *Iranian Journal of Psychiatry*, 12(3), 147-153.
- Hurtado, G., Mateu, G., Martinez, R., Farre, A., Marti, J., Sanchez, R., Diaz, L., Campillo, M. (2016). Personality dimensions and drug of choice: A descriptive study using Cloninger's temperament and character inventory revised. *European Psychiatry*, 33, 298-299.
- Kampmana, O., Poutanen, O., Illi, A., Setälä-Soikkeli, E., Viikki, M., Nuolivirta, T., et al. (2012). Temperament profiles, major depression, and response to treatment with SSRIs in psychiatric outpatients. *European Psychiatry*, 27(3), 245-249.
- Kusunoki, K., Sato, T., Taga, C., Yoshida, T., Komori, K., Narita, T., et al. (2000). Low novelty-seeking differentiates obsessive compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(5), 403-405.
- Lang, C. A., Sue, C., Garrett, L., Ttistutta, A., Graham, E. W., Dunne, M. P., et al. (2006). Symptom prevalence and clustering of symptoms in people living with chronic hepatitis C infection. *Journal of Pain Symptom Management*, 3(3), 335-344.
- Lee, M. S., & Jung, I. K. (2012). Comparisons of temperament and character between problematic internet users and problematic drug users in Korean adolescents. *Journal of Psychiatry*, 2, 228-234.
- Lee, S., Kim, S. J., Park, J. E., Cho, S. J., Cho, I. H., Lee, Y. J. (2012). Biogenetic temperament and character in insomnia and depression. *Journal of psychosomatic Research*, 72, 383- 387.
- Lei, H., Zhang, X., Cai, L., Wang, Y., Bai, M., Zhu, X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies in outpatients with major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 218, 87- 92.
- Mandelli, L., Mazza, M., DiNicola, M., Zaninotto, L., Harnic, D., Catalano, V., & Serretti, A. (2012). Role of substance abuse comorbidity and personality on the outcome of depression in bipolar disorder: harm avoidance influences medium-term treatment outcome. *Psychopathology*, 45, 174° 178.
- Marquez- Arrico, J. E., Lopez- Vera, S., Prat, G., Adan, A. (2016). Temperament and character dimensions in male patients with substance use disorders: Differences relating to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research*, 237, 1-8.
- Paavonen, V., Luoto, K., Koivukangas, A., Lassila, A., Leinonen, E., & Kampman, O. (2016). Temperament and character profiles associated with depression and treatment response in patients with or without comorbid substance abuse. *Psychiatry Research*, 245, 250-258.
- Rae, A. M., Joyce, P. R., Luty, S. E., Mulder, R.T. (2002). The effect of a history of alcohol dependence in adult major depression. *Journal of Affective Disorder*, 70, 281° 290.
- Rosenström, T., Jokela, M., (2017). Reconsidering the definition of Major Depression based on Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys Institute of Behavioral Sciences, University of Helsinki. *Finland Journal of Affective Disorders*, 207, 38° 46.

- Ryb, G. E., Dischinger, P. C., Kufera, J. A., & Read, K. M. (2006). Risk perception and impulsivity: Association with risky behaviors and substance abuse disorders. *Accidental Annual Preview*, 38, 567-573.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2007). *Behavioral sciences/ clinical psychiatry*, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 316-320.
- Schneider, R. J., Ottoni, G. L., De Carvalho, H. W., Elisabetsky, E., & Lara, D. R. (2015). Temperament and character traits associated with the use of alcohol, cannabis, cocaine, benzodiazepines, and hallucinogens: Evidence from a large Brazilian web survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37, 31-39.
- Segal, D. L. (1997). Structured interviewing and DSM classification. In: Turner SM, Hersen, M, Editors. *Adult psychopathology and diagnosis*. New York: John Wiley & Sons, 24-57.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Lujan, L., Fernandez, A., & Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry Epidemiology*, 45(2), 201-210.
- Sher, K. J., Bartholow, B.D., Wood, M.D. (2000). Personality and substance use disorders: a prospective study. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 68, 818° 829.
- Smith, D. J, Duffy, L., Stewart, M.E., Muir, W.J., Blackwood, D.H. (2011). High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early onset depression. *Journal of Affective Disorder*, 87(6), 83-89.
- Spittlehouse, J. K., Pearson, J. F., Luty, S. E., Mulder, R. T., Carter, J. D., McKenzie, J. M., Joyce, P. R. (2010). Measures of temperament and character are differentially impacted on by depression severity. *Journal of Affective Disorders*, 125, 140- 146.
- Svrakic, D. M., Whitehead, C., Przybeck T. R., & Cloninger, C. R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 991-999.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character. And personality disorders: etiologic, diagnostic, temperament issues. *Acta psychiatry Scandinavian*, 106,189-195.
- Tran, G.Q., Smith, G.P. (2003). Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. In: Haynes SN, Heiby EM, Hersen M, Editors. *Comprehensive handbook of psychological assessment*. New York: John Wiley & Sons, 269-90.
- Yoon, S., Kim, T., Kim, D., (2007). Personality dimensions measured by the temperament and character inventory in male subjects with substance related disorders. *Clinical Psychopharmacology Neuroscience*, 5, 70° 75.
- Zaninotto, L., Sourey, D., Calati, R., Nicola, M. D., Montgomery, S., Kasper, S., ... & Janin, L. (2015). Temperament and character profiles in bipolar I, bipolar II and major depressive disorder: Impact over illness course, comorbidity pattern and psychopathological features of depression. *Journal of Affective Disorders*, 185, 51- 59.