مقایسه ابعاد سرشتی و منشی شخصیت در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی I و افراد بهنجار

فاطمه حسین دوست[۱]، رسول حشمتی[۲*]

۱) گروه روان شناسی، اداره بهزیستی شهرستان تبریز، تبریز، ایران

۲) گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹٤/۵/۱۷

چکیده

مقدمه: شخصیت یکی از عوامل ایجاد و تداوم اختلالات خلقی است. با این حال، تحقیقات اندکی وجود دارد که پروفایل شخصیتی بر مبنای ابعاد شخصیتی کلونینجر را به شکلی مقایسه ای در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، دوقطبی I و افراد بهنجار بررسی کند. هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه ای ابعاد سرشتی و منشی شخصیت بر اساس تئوری کلونینجر در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، دوقطبی I و افراد بهنجار است.

مواد و روش ها: در این تحقیق توصیفی از نوع علی-مقایسه ای، تعداد ۳۴ نفر بیمار مبتلا به افسرده اساسی و ۳۷ بیمار مبتلا به دوقطبی I از مراکز حمایتی سرپایی بهزیستی استان آذربایجان غربی که دارای پرونده تشخیص روان پزشکی بودند به روش در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. گروه مقایسه بهنجار نیز به تعداد ۷۹ نفر از بین مراجعان سالم دارای پرونده، مثل پرونده مالی در بهزیستی بعد از غربال شدن توسط تست سلامت عمومی به صورت داوطلبانه و در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه سرشت و منش کلونینجر(TCI) و پرسش نامه سلامت عمومی(GHQ) استفاده شد. برای تحلیل داده ها از آزمون ANOVA و آزمون تعقیبی توکی(HSD) استفاده شد.

یافته های پژوهش: یافته ها نشان داد که سه گروه در بعد سرشت شخصیت در سطوح نوجویی، آسیب پرهیزی، و پشتکار تفاوت معنی داری دارند. در بعد منش شخصیت نیز سه گروه تحقیق در سطوح خود راهبری، همکاری و خود فراروی تفاوت معنی داری دارند. بر اساس نتایج آزمون HSD در متغیرهای نوجویی($P<0.05$)، پشتکار($P<0.01$) و خود فراروی($P<0.05$) تفاوت ها در بیماران افسردگی اساسی و بهنجار و در متغیرهای آسیب پرهیزی($P<0.01$) و خود راهبری($P<0.01$) افراد افسرده اساسی و بهنجار و هم چنین، دوقطبی I و بهنجار معنادار است. در متغیر همکاری($P<0.01$) تفاوت ها در بین هر سه گروه مورد مطالعه معنادار است.

بحث و نتیجه گیری: این یافته ها نشان می دهند که متغیرهای نوجویی، پشتکار، خود فراروی و همکاری مشخصه شخصیتی افسردگی اساسی و آسیب پرهیزی و خود راهبری مشخصه هم افسردگی اساسی و هم دوقطبی نوع I است.

واژه های کلیدی: سرشت، منش، اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی I، افراد بهنجار

* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

Email: psy.heshmati@gmail.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

ابعاد سرشتی شخصیت شامل جنبه های فنوتایپی و ژنوتایپی است و دارای سامانه هایی در مغز می باشد. این سامانه ها دارای سازمان یافتگی کارکردی متشکل از سیستم های متفاوت و مستقل از یکدیگر برای فعال سازی، تداوم و بازداری رفتاری در پاسخگویی به گروه های معینی از محرک ها هستند. در حالی که، ابعاد منشی به ویژگی هایی اطلاق می شود که تحت تاثیر عوامل محیطی در ساختار شخصیت به وجود می آید(۱). ککلونینجر(۱) در مدل زیستی–روانی خود این دو بعد را مطرح کرده است. وی مدل شخصیتی اولیه خود را که مدلی سه بعدی است بر اساس انتقال دهنده های عصبی دوپامین، سروتونین و نوراپی نفرین طراحی کرد و سه صفت یا بعد سرشتی نوجویی، آسیب پرهیزی و پاداش وابستگی را به ترتیب به سطوح این ناقل های عصبی نسبت داده است. در حالی که، منش شناسی شخصیت، به تفاوت های بین فردی در انگاره های مربوط به خود پنداره پیرامون اهداف و ارزش ها اشاره دارد(۲،۳). ککلونینجر جنبه منشی شخصیت را داری سه بعد می داند که عبارتند از: خود فراروی، خود راهبری و همکاری. شخصیت یکی از عوامل زمینه ساز اختلال افسردگی اساسی(MDD) و اختلال دوقطبی نوع I (BPI) می باشد و نقش اساسی در ایجاد و تداوم این اختلالات دارد. از جهتی دیگر، شخصیت به عنوان عاملی محافظت کننده می تواند از وقوع این اختلالات بکاهد. با این حال نیمرخ شخصیتی بیماران مبتلا به MDD و BPI بر اساس مدل نظری کلونینجر در تحقیقات مشخص نشده است.

اختلال افسردگی اساسی(MDD) بیماری ناتوان کننده ای است که فعالیت های فرد را عمیقاً تحت تاثیر قرار می دهد و اخیراً نشان داده شده که این بیماری دومین علت عمده ناتوانی در سراسر جهان می باشد(۴). اختلال دوقطبی نوع I (BPI) نیز اختلال شدیدی است که با داشتن حداقل یک حمله مانی یا مختلط و گاهی حملات افسردگی عمده در سیر بالینی مشخص می شود. این دو اختلال به دلیل شیوع بالا و ماهیت بازگشتی و عودکنندگی سالانه هزینه های گزافی برای جامعه تحمیل می کنند(۴). یافته های مختلف نقش شخصیت در ایجاد و تداوم این اختلالات را تایید کرده اند(۷–۵). بنا بر این، درک مشخصه های شخصیتی تاثیرگذار در این اختلالات در جهت کاهش این هزینه ها و اثرات مخرب آن ها برای زندگی فرد و سلامت عمومی جامعه از اهمیت به سزایی برخوردار است.

یافته ها نشان می دهند که تاب آوری با سطوح پایین آسیب پرهیزی، و سطوح بالای خود راهبری، همکاری و پشتکار در ارتباط است(۵،۸،۹). هم چنین، آسانو و همکاران(۱۰) نشان دادند که بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارای سطوح پایین خود راهبری در مقایسه با بیماران دارای سطوح بالای آن حتی با کنترل برخی پیش بینی کننده های پیش آگهی دوره بازگشت کوتاه تری بعد از بهبودی داشتند. در مقابل، آسیب پرهیزی پیش بینی کننده بازگشت دوره بعدی افسردگی نبود.

ساریسوی و همکاران(۱۱) نشان دادند که بیماران دوقطبی در مقایسه با افراد سالم نمره بالاتری در آسیب پرهیزی و نمره پایین تری در پشتکار دارند. نمره خود راهبری بیماران دوقطبی که سابقه اقدام به خودکشی نیز داشتند پایین تر از بیمارانی بود که چنین سابقه ای نداشتند. هم چنین، در این تحقیق سطوح خود فراروی در بیماران دوقطبی پایین تر از افراد سالم بود. هارلی و همکاران(۱۲) نشان دادند که سطوح نوجویی، آسیب پرهیزی و خود فراروی در بیماران دوقطبی بالاتر از جمعیت عمومی است. هم چنین، گرین وود و همکاران(۱۳) نشان دادند که در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی جنبه های سرشتی شخصیت و ژنتیک نقش تعیین کننده در ابتلاء به این بیماری دارد.

هر چند ارتباط بین ابعاد TCI و ابتلاء به افسردگی اساسی و دوقطبی نوع I در تحقیقات مربوط به جمعیت سالم بررسی شده است، از یک جهت تحقیقات خیلی اندکی وجود دارد که این مشخصه های شخصیتی را در جمعیت بالینی بررسی کرده باشد و از جهتی دیگر این ها را به صورت مقایسه ای در اختلالات خلقی به خصوص دو اختلالی که هزینه های فراوانی به جامعه تحمیل می کنند یعنی اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی نوع I بررسی کرده باشد. بنا بر این لازم است مشخصه های وراثتی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

شخصیت(سرشت) در برابر محیطی(منش) در این اختلالات بررسی گردد.

بدین ترتیب، با توجه به نامعلوم و مبهم بودن مشخصه های سرشتی و منشی شخصیت در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، در این پژوهش به دنبال پاسخ دهی به این سوال اصلی هستیم: مشخصه های شخصیتی سرشتی یا منشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و دوقطبی نوع I در مقایسه با افراد سالم کدام اند؟

مواد و روش ها

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی–مقایسه ای، گذشته نگر و مقطعی است. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال دوقطبی I، افسردگی اساسی و هم چنین کلیه افراد بهنجار مراجعه کننده به واحدهای تحت پوشش سازمان بهزیستی استان آذربایجان غربی بودند که به صورت سرپایی حمایت دریافت می کردند. از بین این جامعه تعداد ۴۱ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی I و ۵۲ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. هر دو بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی I دارای پرونده حمایتی در سازمان بهزیستی استان آذربایجان غربی بودند. گروه مقایسه بهنجار نیز به صورت داوطلبانه و در دسترس از بین مراجعان سالم به غیر از همراهان بیماران دارای پرونده که یا دارای پرونده حمایت مالی بودند مانند زنان بی سرپرست یا به دلایلی مثلاً برای مشاوره کاهش طلاق با مشاوره ازدواج و... به بهزیستی مراجعه می کردند، انتخاب شد. بدین صورت که پس از اجرای تست سلامت عمومی و اطمینان از بهنجار بودن در گروه مقایسه قرار گرفتند که این افراد بر اساس نتایج فرمول کوکران به تعداد ۸۰ نفر بودند. البته با توجه به افت آزمودنی در نهایت تعداد ۳۴ نفر(۱۸ مرد و ۱۶ زن) در گروه افسرده اساسی، ۳۷ نفر(۲۳ مرد و ۱۴ زن) در گروه دوقطبی I و ۷۹ نفر(۴۳ مرد و ۳۶ زن) در گروه بهنجار قرار گرفتند. بنا بر این تحلیل نهایی روی این تعداد از افراد انجام گرفت. جهت همگن سازی گروه های پژوهشی، با توجه به این که نمونه افراد بیمار تحصیلات لیسانس به پائین داشتند در خصوص افراد بهنجار نیز کسانی که مقطع تحصیلی لیسانس به پایین بودند انتخاب شدند. نتایج فرمول کوکران به همراه پارامترهای آن در زیر آورده شده است:

$$n = \frac{\sigma^2\left(\left[z_\beta\right]+\left[z_{\alpha/2}\right]\right)^2}{d^2}$$

$$\frac{10^2\left(\left[1.28\right]+\left[1.96\right]\right)^2}{3.60^2} \approx 80$$

معیارهای ورود پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اختلالات افسردگی اساسی و دوقطبی I توسط روان پزشک؛ داشتن سلامت عمومی افراد بهنجار که توسط GHQ سنجیده شد؛ و داشتن تحصیلات حداقل ابتدایی و حداکثر لیسانس. معیار خروج پژوهش نیز عبارت بود از: عدم هم ابتلایی به سایر اختلالات روان پزشکی که بر اساس پرونده و تشخیص روان پزشک تعیین شد.

به منظور جمع آوری داده های پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسش نامه شخصیتی TCI: این پرسش نامه ابزارهای اصلی در این پژوهش می باشد که شامل ۱۲۵ سوال می باشد و برای سنجش خصلت ها یا ویژگی های شخصیتی ساخته شده است که یا از طریق وراثت(سرشت) یا از طریق محیط(منش) در فرد شکل گرفته است. TCI توسط کلونینجر(۶) ساخته شد، فرم اولیه این پرسش نامه شامل ۲۲۶ آیتم خود گزارشی بود که ۱۰۷ سوال آن با ابعاد سرشتی و ۱۱۹ سوال آن با ابعاد منشی مرتبط بود(۱۴).

این پرسش نامه دارای هفت مقیاس می باشد که عبارت اند از: ۱)نوجویی، ۲)آسیب پرهیزی، ۳)پاداش وابستگی، ۴)پشتکار، ۵)خود راهبری، ۶)همکاری، ۷)خود فرآروی. چهار مقیاس اول ابعاد سرشت و سه مقیاس دوم ابعاد منش را می سنجند. پاسخگو باید برای هر سوال یکی از ۲ پاسخ بلی یا خیر را انتخاب کند که هر پاسخ بله یک نمره می‌گیرد.

طراحی سوالات به گونه ای است که با توجه به محتوای عبارت، پاسخ صحیح و نیز پاسخ غلط می تواند موجب افزایش نمره در یک مقیاس گردد. این طراحی بدین منظور صورت می گیرد که تاثیر پاسخ دهی ردیفی را در نتایج کاهش دهد. مقیاس ها دارای

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

تعداد یکسانی از سوالات نیست. هر چند که نمره گذاری دستی آزمون ساده است و از طریق کلیدهای نمره گذاری صورت می گیرد، اما می توان از طریق برنامه ساده کامپیوتری به سهولت، دقت و سرعت بیشتری این کار را انجام داد(۳).

TCI توسط دکتر کاویانی در ایران در میان جمعیت های مختلف در سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۷ هنجارسنجی شده است و نتایج حاصل از مطالعات نشان داده است که به طور کلی این ابزار با ضریب آلفای ۰/۸۰ از پایایی و همسانی درونی مطلوبی برخوردار است(۱۵).

پرسش نامه سلامت عمومی(به عنوان تست غربالگری): پرسش نامه سلامت عمومی در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ ساخته شده است. فرم ۲۸ سوالی را گلدبرگ و هیلر(۱۶) با هدف افزایش واریانس و بر پایه تحلیل عاملی بر روی فرم اصلی ساختند که دارای چهار مقیاس ۷ سوالی(علائم) بدنی، اضطراب و مشکلات خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می باشد.

نحوه نمره گذاری به سوالات نیز بدین ترتیب است که در هر سوال و با هر نوع پاسخی به پاسخ الف، نمره صفر؛ پاسخ ب، نمره ۱؛ پاسخ ج، نمره ۲؛ پاسخ د؛ نمره ۳ تعلق می گیرد. بنا بر این، کمترین نمره ممکن برای هر آزمودنی در پرسش نامه صفر و بیشترین نمره ۸۴ می باشد و نمره ۲۲ به عنوان نقطه برش در نظر گرفته شده است که افراد سالم را با افراد دارای مشکل جدا می کند.

بررسی های اعتباریابی پرسش نامه سلامت عمومی نشان‌دهنده حساسیت و ویژگی بالای این پرسش نامه است(۱۷). ویلیامز و ماری میانگین حساسیت این پرسش نامه را ۰/۸۴ گزارش نمودند. این پژوهشگران ضریب همبستگی ۹۰ درصد را با بهره گیری از فهرست علائم مصاحبه ای بالینی بر روی آن گزارش نمودند. در ایران این پرسش نامه دارای اعتبار و پایایی خوبی گزارش شده است(۱۷). در پژوهش یعقوبی(۱۷) حساسیت پرسش نامه در نقطه برش ۲۲، ۰/۸۷ گزارش شده است. هم چنین ضریب آزمون–باز آزمون و همسانی درونی ۰/۸۸ بود. ضریب همسانی درونی در پژوهش هومن(۱۸) ۰/۸۳ گزارش شده است.

پس از بررسی پرونده های بیماران لیست آن ها تهیه شد. در ابتدای پرسش نامه ها علاوه بر دستورالعمل پاسخ دهی، مشارکت داوطلبانه، تضمین ناشناس ماندن، اراده آزاد جهت خروج از مطالعه و شرکت نکردن در آن توضیح داده شده بود. در نهایت از آزمودنی هایی که مایل به شرکت در تحقیق بودند خواسته شد به دقت سوالات را مطالعه نموده و پاسخ های مورد نظر را متناسب با ویژگی ها، باورها، احساسات، تجارب و رفتار خود انتخاب نمایند.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها در گام اول از شاخص های آماری توصیفی فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و خطای استاندارد جهت خلاصه کردن داده ها و در گام دوم برای بررسی فرضیه ها از آزمون ANOVA و آزمون تعقیبی توکی(HSD) استفاده گردید.

یافته های پژوهش

بر اساس نتایج شاخص های فراوانی و درصد بیشتر افراد گروه های مورد مطالعه دارای وضعیت اجتماعی–اقتصادی متوسط، تحصیلات کمتر از دیپلم، متاهل، و دارای وضعیت شغلی تمام وقت بودند. هم چنین، میانگین سنی کل آزمودنی ها برابر ۴۶، برای گروه مردان ۴۹ و برای گروه زنان ۴۳ بود.

جدول شماره ۱ شاخص های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد را برای ابعاد کلی سرشت و منش شخصیت نشان داده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای سرشت و منش در سه گروه بیماران مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی، دوقطبی I و افراد بهنجار

گروه	n	بعد سرشت		بعد منش	
		M	SD	M	SD
افسرده اساسی	۳۴	۸/۳۴۵۶	۲/۸۴۶۵	۱۱/۷۰۵۹	۴/۰۶۰۸
دوقطبی I	۳۷	۸/۸۱۰۸	۲/۸۵۲۵	۹/۰۵۴۱	۳/۷۴۳۷
بهنجار	۷۹	۷/۵۰۰۰	۲/۷۴۸۵	۱۴/۲۸۲۷	۳/۳۲۶۱

همان طوری که مشاهده می شود میانگین دو گروه بیماران در ابعاد سرشتی بیشتر و نزدیک به هم است، اما در گروه بهنجار کمتر است. هم چنین، میانگین سه گروه در ابعاد منشی با هم متفاوت است. این تفاوت به خصوص بین دو گروه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I و افراد بهنجار بیشتر است.

جدول شماره ۲. شاخص های توصیفی زیر مقیاس های سرشت و منش در سه گروه بیماران مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی، دوقطبی I و افراد بهنجار

متغیرها (ابعاد)		نوجویی		آسیب پرهیزی		پاداش وابستگی		پشتکار		خود راهبری		همکاری		خودفرآروی	
شاخص آماری گروهها		میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد
افسرده اساسی n=۳۴		۷/۳۴	۰/۶۹۵	۱۴/۰۹	۰/۷۰۷	۹/۰۳	۰/۳۸۱	۲/۵۳	۰/۱۹۵	۱۰/۱۲	۰/۸۷۵	۱۴/۴۴	۰/۸۸۱	۱۰/۵۶	۰/۵۸۵
دوقطبی I n=۳۷		۹/۰۳	۰/۶۶۴	۱۴/۴۶	۰/۷۰۹	۹/۰۸	۰/۳۹۶	۲/۶۸	۰/۱۸۲	۷/۸۴	۰/۸۵۶	۹/۹۲	۰/۵۷۱	۹/۴۱	۰/۴۴۱
افراد بهنجار n=۷۹		۱۰/۰۹	۰/۴۳۷	۸/۴۸	۰/۴۵۳	۸/۳۷	۰/۳۲۲	۳/۰۶	۰/۱۱۷	۱۴/۹۷	۰/۶۲۲	۱۸/۹۹	۰/۳۹۷	۸/۸۹	۰/۲۲۷
	میانگین	۷/۳۴		۱۴/۰۹		۹/۰۳		۲/۵۳		۱۰/۱۲		۱۴/۴۴		۱۰/۵۶	
	انحراف معیار	۴/۰۵۵		۴/۱۲۲		۲/۲۲۲		۱/۱۳۴		۵/۱۰۴		۵/۱۳۶		۳/۴۱۳	
	خطای استاندارد	۰/۶۹۵		۰/۷۰۷		۰/۳۸۱		۰/۱۹۵		۰/۸۷۵		۰/۸۸۱		۰/۵۸۵	
	میانگین	۹/۰۳		۱۴/۴۶		۹/۰۸		۲/۶۸		۷/۸۴		۹/۹۲		۹/۴۱	
	انحراف معیار	۴/۰۳۸		۴/۳۱۱		۲/۴۰۸		۱/۱۰۷		۵/۲۰۴		۳/۴۷۵		۲/۶۸۲	
	خطای استاندارد	۰/۶۶۴		۰/۷۰۹		۰/۳۹۶		۰/۱۸۲		۰/۸۵۶		۰/۵۷۱		۰/۴۴۱	
	میانگین	۱۰/۰۹		۸/۴۸		۸/۳۷		۳/۰۶		۱۴/۹۷		۱۸/۹۹		۸/۸۹	
	انحراف معیار	۳/۸۸۴		۴/۰۲۵		۲/۸۶۱		۱/۰۴۲		۵/۵۲۶		۳/۵۲۸		۲/۰۱۹	
	خطای استاندارد	۰/۴۳۷		۰/۴۵۳		۰/۳۲۲		۰/۱۱۷		۰/۶۲۲		۰/۳۹۷		۰/۲۲۷	

جدول شماره ۱ شاخص های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد را برای زیر مقیاس های سرشت و منش شخصیت نشان داده است. همان طور که ملاحظه می شود میانگین نمرات هر سه گروه در همه ابعاد متفاوت است و به خصوص تفاوت میانگین نمرات افراد بهنجار در بعد آسیب پرهیزی و خود راهبری با هر دو گروه بیمار و تفاوت میانگین نمرات هر سه گروه باهم دیگر در بعد همکاری بیشتر است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس برای سه گروه افسرده اساسی، دوقطبی I و بهنجار بر اساس بعد سرشت شخصیت و هر یک از ابعاد چهارگانه آن

متغیر	منابع متغیر	Df	SS	MS	F	Sig.
بعد سرشت شخصیت	بین گروهی	۲	۴۸/۱۰۱	۲۴/۰۵۱	۳/۰۷۵	۰/۰۴۹
	درون‌گروهی	۱۴۷	۱۱۴۹/۵۵۳	۷/۸۲۰		
	کل	۱۴۹	۱۱۹۷/۶۵۴			
نوجویی	بین گروهی	۲	۱۳۵/۱۲۳	۶۷/۵۶۱	۴/۳۰۷	۰/۰۱۵
	درون‌گروهی	۱۴۷	۲۳۰۵/۹۷۰	۱۵/۶۸۷		
	کل	۱۴۹	۲۴۴۱/۰۹۳			
آسیب پرهیزی	بین گروهی	۲	۱۲۶۰/۶۴۷	۶۳۰/۳۲۴	۳۷/۱۵۷	۰/۰۰۱
	درون‌گروهی	۱۴۷	۲۴۶۹/۶۴۶	۱۶/۹۶۴		
	کل	۱۴۹	۳۷۵۴/۲۹۳			
پاداش وابستگی	بین گروهی	۲	۱۷/۸۱۲	۸/۹۰۶	۱/۲۹۶	۰/۲۷۷
	درون‌گروهی	۱۴۷	۱۰۱۰/۰۸۲	۶/۸۷۱		
	کل	۱۴۹	۱۰۲۷/۸۹۳			
پشتکار	بین گروهی	۲	۸/۲۱۱	۴/۱۰۶	۳/۵۲۴	۰/۰۳۲
	درون‌گروهی	۱۴۷	۱۷۱/۲۶۲	۱/۱۶۵		
	کل	۱۴۹				

جدول شماره ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس را برای متغیرهای بعد کلی سرشت و زیر مقیاس های آن نشان داده است. همان طوری که یافته ها نشان می دهد سه گروه بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی اساسی، دوقطبی I و افراد بهنجار در متغیر بعد کلی سرشت شخصیت(F=3.075, P=0.049)، نوجویی(F=4.307, P=0.015)، آسیب پرهیزی(F=37.157, P=0.001)، و پشتکار(F=3.524, P=0.032) تفاوت معنادار دارند. اما تفاوت ها در متغیر پاداش وابستگی معنی دار نیست.

جدول شماره ٤. نتایج آزمون تعقیبی HSD برای بررسی تفاوت گروه های مورد مطالعه در متغیر بعد سرشت شخصیت و هر یک از ابعاد چهارگانه آن

متغیر	گروه‌ها	MD	SE	Sig.
بعد سرشت	بهنجار و افسرده اساسی	۰/۸۴۵۶	۰/۵۷۳۵۸	۰/۳۴۰
	افسرده اساسی و دوقطبی I	۰/۴۶۵۲	۰/۶۶۴۳۵	۰/۷۸۳
	بهنجار و دوقطبی I	۱/۳۱*	۰/۵۵۷۰۸	۰/۰۴۶
نوجویی	افسرده اساسی و بهنجار	۲/۳۵*	۰/۸۱۲	۰/۰۱۷
	افسرده اساسی و دوقطبیI	۱/۲۹	۰/۹۴۱	۰/۳۹۲
	دوقطبیI و بهنجار	۱/۰۶	۰/۷۸۹	۰/۴۰۷
آسیب پرهیزی	افسرده اساسی و بهنجار	-۵/۶۱*	۰/۸۴۵	۰/۰۰۱
	افسرده اساسی و دوقطبیI	۰/۳۷	۰/۹۷۸	۰/۹۳۱
	دوقطبیI و بهنجار	-۵/۹۸	۰/۸۲۰	۰/۰۰۱
پشتکار	افسرده اساسی و بهنجار	۰/۵۳*	۰/۲۲۱	۰/۰۵۸
	افسرده اساسی و دوقطبیI	۰/۱۵	۰/۲۵۶	۰/۸۵۰
	دوقطبیI و بهنجار	۰/۳۹	۰/۲۱۵	۰/۲۰۰

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

بررسی های بیشتر و آزمون تعقیبی(HSD) توکی نشان می دهد که در متغیر بعد کلی سرشت بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I و افراد بهنجار(P=0.046) تفاوت معنادار دارند، اما تفاوت ها در بین بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و افراد بهنجار و هم چنین بیماران افسردگی اساسی و دوقطبی I معنادار نیست. بررسی میانگین ها حاکی از این است که در بین این سه گروه، سطوح بالای بعد سرشتی شخصیت در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I وجود دارد و در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نیز بیشتر از افراد بهنجار است. در متغیر نوجویی نیز تفاوت ها در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افراد بهنجار(P=0.017) معنادار است، اما در بین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I و افراد بهنجار و بیماران افسردگی اساسی و دوقطبی I معنادار نیست. بررسی میانگین ها بیانگر این نکته است که سطوح متغیر نوجویی در افراد بهنجار بیشتر از بیماران افسردگی اساسی و دوقطبی I و در بیماران دوقطبی I بیشتر از بیماران افسردگی اساسی است. در متغیر آسیب پرهیزی تفاوت ها در بین افراد افسرده اساسی و بهنجار(P=0.001) و افراد دوقطبی I و بهنجار(P=0.001) معنادار است اما بین افسرده اساسی و دوقطبی I معنادار نیست. بررسی میانگین ها نشان می دهد که سطوح آسیب پرهیزی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I بیشتر از افسردگی اساسی و در افراد مبتلا به افسردگی اساسی نیز بیشتر از افراد بهنجار می باشد. در متغیر پشتکار تفاوت ها در بین افراد افسرده اساسی و بهنجار(P=0.000) معنادار است. اما در افراد افسردگی اساسی و دوقطبی I و افراد بهنجار معنادار نیست. میانگین ها نشان می دهد که سطوح پشتکار در افراد بهنجار بالاتر از دو گروه و در افراد مبتلا به دوقطبی I نیز بیشتر از افسردگی اساسی است.

جدول شماره ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس برای سه گروه افسرده اساسی، دوقطبی I و بهنجار بر اساس بعد منش شخصیت و نمرات هر یک از ابعاد سه‌گانه آن

متغیر	منابع متغیر	Df	SS	MS	F	Sig.
بعد منش شخصیت	بین گروهی	۲	۷۱۰/۶۱۸	۳۵۵/۳۰۹	۲۷/۳۲۲	۰/۰۰۱
	درون‌گروهی	۱۴۷	۱۹۱۱/۶۳۷	۱۳/۰۰۴		
	کل	۱۴۹	۲۶۲۲/۲۵۵			
خود راهبری	بین گروهی	۲	۱۴۵۸/۵۶۸	۷۲۹/۲۸۴	۲۵/۴۲۵	۰/۰۰۱
	درون‌گروهی	۱۴۷	۴۲۱۶/۵۰۶	۲۸/۶۸۴		
	کل	۱۴۹	۵۶۷۵/۰۷۳			
همکاری	بین گروهی	۲	۲۱/۴۴/۱۱۴۰	۱۰۷۲/۰۵۷	۶۹/۲۳۷	۰/۰۰۱
	درون‌گروهی	۱۴۷	۲۲۷۶/۱۲۶	۱۵/۴۸۴		
	کل	۱۴۹	۴۴۲۰/۲۴۰			
خود فراروی	بین گروهی	۲	۶۶/۵۱۷	۳۳/۲۵۹	۵/۰۸۶	۰/۰۰۷
	درون‌گروهی	۱۴۷	۹۶۱/۲۷۶	۶/۵۳۹		
	کل	۱۴۹	۱۰۲۷/۷۹۳			

نتایج تحلیل واریانس برای متغیرهای بعد کلی منش شخصیت و زیر مقیاس های آن در جدول شماره ۵ نشان داده شده است. همان طوری که یافته ها نشان می دهد سه گروه بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی اساسی، دوقطبی I و افراد بهنجار در متغیر بعد کلی منش(F=27.322, P=0.001)، خود راهبری(F=25.425, P=0.001)، همکاری(F=69.237, P=0.001)، و خود فراروی(F=5.086, P=0.007) تفاوت معنادار دارند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ٦. نتایج آزمون تعقیبی HSD برای بررسی تفاوت گروه های مورد مطالعه در متغیر بعد منش شخصیت و هر یک از ابعاد سه‌گانه آن

متغیر	گروه‌ها	MD	SE	Sig.
بعد منش شخصیت	افسرده اساسی و بهنجار	۲/۵۷۶۸*	۰/۷۳۹۶۶	۰/۰۰۳
	دوقطبی I و افسرده اساسی	۲/۶۵۱۸*	۰/۸۵۶۷۱	۰/۰۱۰
	دوقطبی I و بهنجار	۵/۲۲۸۶*	۰/۷۱۸۳۹	۰/۰۰۱
خود راهبری	افسرده اساسی و بهنجار	۴/۸۶*	۱/۰۹۹	۰/۰۰۱
	افسرده اساسی و دوقطبی I	-۲/۲۸	۱/۲۷۲	۰/۲۰۴
	دوقطبی I و بهنجار	۷/۱۴*	۱/۰۶۷	۰/۰۰۱
همکاری	افسرده اساسی و بهنجار	۴/۵۵*	۰/۸۰۷	۰/۰۰۱
	افسرده اساسی و دوقطبی I	-۴/۵۲*	۰/۹۳۵	۰/۰۰۱
	دوقطبی I و بهنجار	۹/۰۷*	۰/۷۸۴	۰/۰۰۱
خود فراروی	افسرده اساسی و بهنجار	-۱/۶۷*	۰/۵۲۵	۰/۰۰۷
	افسرده اساسی و دوقطبی I	-۱/۱۵	۰/۶۰۸	۰/۱۶۹
	دوقطبی I و بهنجار	-۱/۶۷	۰/۵۰۹	۰/۵۹۶

جدول شماره ۶ نتایج آزمون تعقیبی(HSD) توکی را برای بررسی تفاوت سه گروه مورد مطالعه در متغیر منش شخصیت و زیر مقیاس های آن نشان می دهد. بر اساس یافته های این آزمون در متغیر بعد کلی منش هر سه گروه($P<0.05$) تفاوت معنادار دارند. بررسی میانگین ها حاکی از این است که در بین این سه گروه، سطوح بالای بعد منش شخصیت در افراد بهنجار بیشتر از دو گروه بیماران و در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بیشتر از دوقطبی I می باشد. در متغیر خود راهبری نیز تفاوت ها در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افراد بهنجار($P=0.001$) و بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I و افراد بهنجار($P=0.001$) معنادار است، اما تفاوت دو گروه بیماران افسردگی اساسی و دوقطبی I در این متغیر معنادار نیست. بررسی میانگین ها نشان می دهد که سطوح متغیر خود راهبری در افراد بهنجار بیشتر از بیماران افسردگی اساسی و دوقطبی I و در بیماران افسردگی اساسی بیشتر از بیماران دوقطبی I است. در متغیر همکاری تفاوت ها در بین هر سه گروه مورد مطالعه($P=0.001$) معنادار است. سطوح متغیر همکاری در افراد بهنجار بیشتر از بیماران افسردگی اساسی و دوقطبی I و در بیماران افسردگی اساسی بیشتر از بیماران دوقطبی I است. در متغیر خودفراروی تفاوت‌ها در بین افراد افسرده اساسی و بهنجار($P=0.007$) معنادار است. اما در افراد افسردگی اساسی و دوقطبی I و افراد بهنجار معنادار نیست. میانگین ها نشان می دهد که سطوح خود فراروی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی بالاتر از دو گروه و در افراد بهنجار نیز بیشتر از بیماران مبتلا به دوقطبی I است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی ابعاد سرشتی و منشی شخصیت بر اساس تئوری کلونینجر در دو گروه بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی اساسی و دوقطبی نوع I و مقایسه آن ها با افراد سالم بود. یافته ها نشان داد که سطوح سرشت و منش شخصیتی در افراد سالم بیشتر از دو گروه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I و بیماران مبتلا به افسردگی اساسی است. هم چنین، سطوح کلی سرشت در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I بیشتر و سطوح کلی منش در این افراد کمتر از دو گروه دیگر است. برعکس، در افراد مبتلا به افسردگی اساسی سطوح کلی منش بیشتر از سطوح سرشت می باشد. این یافته ها با نظر علی محمدی و همکاران(۱۹) شوراکیک و همکاران(۲۰)، گرین وود و همکاران(۱۳) و آلای و همکاران(۵) هم خوانی دارد. بر اساس این یافته ها می توان گفت که در بیماران مبتلا به دوقطبی نوع I ابعاد سرشتی شخصیت تعیین کننده تر از ابعاد منشی است. بر این اساس، به نظر می رسد در ابتلا به این اختلال استعداد ژنتیکی نقش مهم تری

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

در مقایسه با یادگیری و تجارب محیطی دوران کودکی دارد. بر عکس، به نظر می رسد در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی محیط و تجارب دوران کودکی تعیین کننده تر از عوامل زیستی و ژنتیکی است. بر اساس نظر شوراکیک هر قدر سطوح منشی افزایش یابد و تعادل بیشتر در نمرات سرشت وجود داشته باشند(در یک سوم میانی نمره) نشان از بهداشت روانی و بلوغ و بالندگی افراد است(۳). این خصوصیات بیشتر در افراد بهنجار دیده می شود. هم چنین، شوراکیک و همکاران به این نتیجه رسیدند که ترکیب نمرات پایین در ابعاد منشی و نمرات بالا در ابعاد سرشتی، بیانگر عدم بلوغ فراگیر شخصیت می باشد. چنین افرادی نابالغ، غیرمنطقی، واکنشی و بی ثبات هستند(۳). در این تحقیق چنین ترکیب نمرات در بیماران دوقطبی I دیده می‌شود و با توجه به این که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I همان خصوصیات واکنشی بودن، بی ثبات بودن و غیرمنطقی بودن را تا حد زیادی دارند، این تصور، به ذهن می رسد که شاید عدم بلوغ فراگیر شخصیت با اختلال دوقطبی I ارتباط داشته باشد. البته با توجه به این که اختلال دوقطبی I معمولاً در سنین پائین شروع می شود، ممکن است خصوصیات شخصیت نابالغانه در آن ها نهادینه شده باشد که البته برای کسب نتایج دقیق تر باید تحقیقات بیشتر در مورد آن صورت گیرد.

یافته های پژوهش هم چنین نشان دادند که سه گروه در ابعاد سرشتی نوجویی، آسیب پرهیزی و پشتکار تفاوت معنی دار دارند. تفاوت ها در متغیرهای نوجویی و پشتکار بین دو گروه مبتلا به افسردگی اساسی و افراد سالم معنی دار است اما تفاوت ها در متغیر آسیب پرهیزی از جهتی هم بین گروه مبتلا به افسردگی اساسی و افراد سالم و هم‌گروه مبتلا به دوقطبی I و افراد سالم معنی دار است. این یافته با یافته های زانینوتو و همکاران(۲۱)، آسانو و همکاران(۱۰) و ساریسوی و همکاران(۱۱) هماهنگ و همسو است. بر اساس نظر کلونینجر(۸) نوجویی با گرایش ذاتی به پاسخ فعالانه به محرک های نو اشاره دارد، در حالی که در بیماران افسرده مشاهده می شود که گرایش چندانی به کارهای اکتشافی و درگیری فعالانه با محیط ندارند. هم چنین در تئوری کلونینجر(۹) پشتکار به گرایش ذاتی به مقاومت در برابر مشکلات با وجود ناکامی و خستگی اشاره دارد. در صورتی که یکی از مشخصه های اصلی بیماران افسرده انگیزه پایین می باشد. این افراد زود خسته می شوند و از احساس ناکامی رنج می برند. بر این اساس، می توان نتیجه گرفت که متغیرهای نوجویی و پشتکار پایین در بیماران افسرده می تواند عامل آسیب پذیری نسبت به ابتلاء به این بیماری باشد. بالعکس، نوجویی و پشتکار بالا می تواند عاملی محافظ باشد که فرد را از ابتلا به افسردگی باز دارد. بدین معنا که نوجویی و پشتکار اندک می تواند زمینه های ابتلاء به افسردگی را فراهم کند. کلونینجر و همکاران(۲۲) آسیب پرهیزی را به عنوان شاخصه آسیب پذیری هیجانی به افسردگی توصیف کرده اند. افراد دارای آسیب پرهیزی بالا با ویژگی های محتاط بودن، تنش، شرم، منفی بینی، اضطراب بالا مشخص می شوند. بر اساس نظر کلونینجر نیز ابعاد نوجویی و آسیب پرهیزی با نوروترانسمیترهای دوپامین و سروتونین در ارتباط هستند یعنی همان عوامل شیمیایی که در ابتلاء به افسردگی و درمان آن نقش اساسی دارد.

در ابعاد سه گانه منشی خود فراروی، خود راهبری و همکاری هر سه گروه تفاوت معنی دار دارند. هم گروه افسرده اساسی و هم گروه دوقطبی I در دو بعد از سه بعد منشی یعنی خود راهبری و همکاری نمره کمتری نسبت به گروه بهنجار کسب کرده اند. از طرفی نمره گروه افسرده اساسی در بعد همکاری از گروه دوقطبی I نیز کمتر است. در متغیر خود فراروی تفاوت ها در بین افراد افسرده اساسی و بهنجار معنادار است. این یافته با یافته های کاظمیان و همکاران(۲۳)، هارلی و همکاران(۱۲) و آسانو و همکاران(۱۰) هماهنگ و همسو است. نمره کم بعد همکاری در بیماران افسرده قابل پیش بینی بوده و با تحقیقات قبلی مانند تحقیق فارمر و همکاران(۱۴) و تحقیق کوزونوکی و همکاران (۲۴) مطابقت دارد. با توجه به تاثیر بیشتر عوامل روانی–اجتماعی یا محیط بر منش می توانیم بر اساس نتایج این تحقیق نتیجه بگیریم که احتمالاً عوامل روانی–اجتماعی مشابهی در ساختار ابعاد منشی بیماران

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

هر دو گروه موثر است. هر چند هامپسن و همکاران(۲۵) نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که نمرات خود فراروی در افراد افسرده نسبت به افراد سالم بیشتر است. اما با توجه به خصوصیات افرادی که در مقیاس خود فراروی نمره بالا می آورند یعنی استعداد تجربه در اوج بودن، جهان را به هر شکلی پذیرا بودن، صلح طلبی بودن و باور داشتن تجربه های فراحسی و.... به نظر می رسد با خصوصیات افراد افسرده سنخیت داشته باشد. هر چند آرمان گرا بودن و علاقه مندی به هنر که بعضی خصوصیات دیگر افراد دارای خود فراروی بالا است در بسیاری از افراد افسرده نیز دیده می شود. احتمالاً همین دو خصوصیت در آزمودنی های افسرده تحقیق حاضر به حدی زیاد بوده که باعث افزایش نمره آن ها در این بعد گردیده است.

تحقیق حاضر با محدودیت عدم امکان نمونه گیری تصادفی گروه ها و دسترسی به اطلاعات جنبی مربوط به عوامل ژنتیکی، عصبی و محیطی مربوط به بیماران با توجه به نبود برخی از اطلاعات به صورت کامل در پرونده و نبود وقت کافی برای دسترسی به آن ها و امکان کنترل متغیرهایی نظیر جنسیت و سن به دلیل در دسترس بودن نمونه ها روبرو بود. در راستای محدودیت های پژوهش پیشنهاد می شود در تحقیقات بعدی، جامعه مورد نظر را هم در مورد بیماران و هم افراد بهنجار به کل استان، یا کشور گسترش داد، در مورد بیماران و هم افراد بهنجار از نمونه گیری تصادفی استفاده گردد و متغیرهای جنسیت، سن، فرهنگ و قومیت، تحصیلات و.... کنترل گردد تا یافته ها با اطمینان بیشتری به کل اعضای جامعه تعمیم داده شود.

سپاسگزاری

انجام این پژوهش به لطف و همکاری مسئولان و مراجعین بهزیستی استان آذربایجان غربی ممکن شد، بدین وسیله از آن ها تقدیر و تشکر می نماییم.

References

1.Cloninger CR, Surakic DM, Przybbeck TR. A psycho biological model of temperament and character. Arch General Psychiatry 1993; 957:950-90.

2.Yang S, Sung J, Kim JH, Song YM, Lee K, Kim HN, et al. Some personality traits converge gradually by long-term partnership through the life course-genetic and environmental structure of cloningers temperament and character dimensions. J Psychiatr Res2015;63:43-9.

3.Kaviani H. Biological theories of personality. Tehran, Sana, 2004.

4.Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder a systematic review of the epidemiological literature. Psycho Med 2013;43: 471–81.

5.Elye DS, Cloninger CR, Walters L, Laurence C, Synnot R, Wilkinson D. The relationship between resilience and personality traits in doctors implications for enhancing well being. PeerJ 2013;22:216.

6.Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura S, et al. Evaluating the state dependency of the tempera- ment and character inventory dimensions in patients with major depression a methodological contribution. J Affec Disorder2002;69:31–8.

7.Smith DJ, Duffy L, Stewart ME, Muir WJ, Blackwood DHR. High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. J Affec Disorder2005;87:83–9.

8.Cloninger CR, Zohar AH, Hirschman S, Dahan D. The psychological costs and benefits of being high lypersistent personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders. J Affec Disord2012;136:758–66.

9.Cloninger CR, Zohar AH, Cloninger KM. Promotion of well-being in person-centered mental health care. Focus 2010; 8:165–79 .

10.Asano T, Baba H, Kawano R, Takei H, Maeshima H, Takahashi Y, et al. Temperament and character as predictors of recurrence in remitted patients with major depression: A4-year prospective follow-up study. Psychiatry Res2014;6:1-4.

11.Sarısoy G, Kaçar OF, Pazvantoglu O, Ozturk A, Korkmaz IZ, Kocamanoglu B, et al. Temperament and character traits in

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

patients with bipolar disorder and associations with attempted suicide. Comprehen Psychiatry 2012; 53:1096–102.
12.Harley JA, Wells JE, Frampton CMA, Joyce PR. Bipolar disorder and the TCI: higher self-transcendence in bipolar disorder compared to major depression. Depress Res Treat 2011;4:122-9.
13.Greenwood TA, Badner JA, Byerley W, Keck PE, Mcelroy SL, Remick RA, et al. Heritability and linkage analysis of personality in bipolar disorder. J Affec Disorder2013;151:748–55.
14.Farmer RF, Seeley J. Temperament and character predictors of depressed mood overa4-year interval. Dep Anx 2009;26:371–81.
15.Kaviani H, Mosavi A. Normative data on Temperament and Character Inventory (TCI) complimentary findings. Tehran Uni Med J2009;4: 262-6
16.Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 1979; 9:139-45.
17.Yaghubi N. investigation of epidemiology of mental disorders in roral and city area of Gilan Someh Sara. MA theses of clinical psychology. Tehran Institute of psychiatry. 1997.
18.Hooman A. Standardizing of GHQ on undergraduate students. Student counseling center. Tehran University. 1999.
19.Alimohammadi A, Shibaninoghabi F, zaheditajrishi K. Comparison of temperament- character personality characteristics among addicted, depressed, Anxious and Normal People. Know Res Appl Psychol 2012;13 : 51-60.
20.Surakic DM, Whitehead C, Przybeck TF, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven factor model of temperament and character. Arch General Psychiatry1993;50:991–9.
21. Zaninotto L, Souery D, Calati R, Nicola MD, Montgomery S, Kasper S, et al. Temperament and character profiles in bipolar I, bipolar II and major depressive disorder: Impact over illness course, comorbidity pattern and psychopathological features of depression. J Affec Disorder 2015;184:51-9.
22.Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. J Affece Disorder,2006;92:35-44.
23.Kazemian M, Fayyazibordbar MR, Samari AA, kashanilotf abadi M. Faridhoseini F. temperament and character prsonality dimensions in patients with bipolar mood disorder-i. e European Psychiatry 2015;30: 67.
24.Kusuniki K, Satotaga C, Yoshida T, Komori K, Narita T, Hiranizaki N. Low Novelty Seeking Differentiates Obssessive Complusive Disorders From Major Depression. Acta Psychiatrscand 2000; 101:403-405.
25.Hampson SF, Golderg LR, Vogt TM, Dubanoski JP. Forty years on:teachers assessment of childrens personality traits Predict self-reported behaviors and outcomes at midlife. J Health Psychol 2000;25:57-64.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

Comparative Study of Temperament and Character Dimensions of Personality in Patients with Major Depressive Disorder, Bipolar I Disorder and Normal People

Hoseindoost F[1], Heshmati R[2]*

(Received: March 11, 2015 Accepted: August 11, 2015)

Abstract

Introduction: The personality is one of the reasons for creation and persistence of mood disorder. However, there is little researches that have studied Cloninger's personality profile in patients with major depression, bipolar I and normal people. The purpose of this study was to compare the temperament and character personality dimensions based on Cloninger's theory in patients with major depressive disorder, bipolar I and normal people.

Materials & methods: In this causal-comparative study, 34 patients with Major Depressive disorder and 37 patients with Bipolar I disorder with psychiatric case from supportive and outpatient centers of social welfare office of Azerbaijan Gharbi Province were selected by available sampling method. Also, 79 people from healthy clients with case as financial case in social welfare office after screening by general health test were selected by available sampling method. Temperament and Character Inventory (TCI) and General Health Questionnaire (GHQ) were used to collect data. ANOVA and Tukey tests (HSD) were used for data analyses.

Findings: The results showed that there are significant differences among three groups in the Novelty Seeking (NS), Harm avoidance (HA), and Persistence (P). In the character dimensions, three groups have significant difference in Self-directedness (SD), Cooperativeness (C) and Self-transcendence (ST). HSD test results showed that there are significant differences between depressive and normal groups in Novelty Seeking ($p<0/05$), Persistence ($p<0/01$) and Self-transcendence ($p<0/05$), and in Self-directedness ($p<0/01$), and Harm avoidance ($p<0/01$) between depressive and normal group, as well as, between Bipolar I and normal group. In Cooperativeness variable ($p<0/01$) there is significant differences among all groups.

Discussion & Conclusions: These results suggest that Novelty Seeking (NS), Persistence (P), Self-transcendence (ST) and Cooperativeness (C) are characteristics of depressive patients, in addition, Harm avoidance (HA) and Self-directedness (SD) are characteristics of patients with MDD and BD I.

Keywords: Temperament, Character, Major depressive disorder, Bipolar I disorder, Normal people

1. Tabriz social welfare office, Tabriz, Iran
2.Dept of Psychology,Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]