

## مقایسه اثربخشی دارودرمانی و شناخت درمانی گروهی در ابعاد سرشت و منش مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی\*

امیر شرفی<sup>۱\*</sup>؛ خیراله صادقی<sup>۲</sup>؛ حبیب اله خزایی<sup>۳</sup>

### چکیده

زمینه: افسردگی یکی از اختلالات شایع روانی است که در ردیف چهارم حادثترین مشکلات بهداشت عمومی قرار می‌گیرد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش دارودرمانی و شناخت درمانی گروهی بر ابعاد سرشت و منش مبتلایان به افسردگی اساسی انجام شد.

روش‌ها: در این پژوهش ۴۵ بیمار مرد افسرده به صورت تصادفی در سه گروه دارودرمانی، شناخت درمانی گروهی و کنترل قرار داده شدند. سپس پرسشنامه‌های افسردگی بک II و TCI کلونینجر قبل و بعد از اعمال روش‌های درمان در مورد آنها اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون تعقیبی توکی مقایسه شدند.

یافته‌ها: هر دو روش درمانی سبب کاهش نشانه‌های افسردگی شدند بدون این که تفاوت معناداری بین آنها وجود داشته باشد. در ابعاد سرشت و منش نیز دو روش سبب کاهش نمره ابعاد آسیب‌پرهیزی و پاداش وابستگی و افزایش نمره ابعاد نوجویی، پشتکار، همکاری، خودرآوری و خودراهبری شدند.

نتیجه‌گیری: روش‌های درمانی از نظر تأثیر در بهبود اختلال افسردگی اساسی، تفاوت معناداری با هم نداشتند، ولی می‌توان آنها را به این شکل رتبه‌بندی نمود: (۱) دارودرمانی، (۲) شناخت درمانی گروهی و (۳) کنترل (بدون درمان). همچنین دو روش درمان سبب ایجاد تغییراتی در ابعاد سرشت و منش شدند که با گروه کنترل به طور معناداری متفاوت بود.

کلیدواژه‌ها: شناخت درمانی، دارو درمانی، اختلال افسردگی اساسی، ابعاد سرشت و منش.

«دریافت: ۱۳۹۱/۶/۲۵ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۳»

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۳. گروه روانپزشکی، مرکز روانپزشکی فارابی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

\* عهده‌دار مکاتبات: گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، تلفن: ۰۹۳۷۲۲۷۵۵۲۴

Email: [amir63622@gmail.com](mailto:amir63622@gmail.com)

★ این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی آقای امیر شرفی جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی از دانشگاه آزاد واحد تنکابن می‌باشد.

### مقدمه

امروزه حدود ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا به یک بیماری روانی یا رفتاری مبتلا هستند و بیش از ۱۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا در هر برهه از زمان از افسردگی رنج می‌برند. آمار شیوع افسردگی در بین مردان ۱۵-۱۰ درصد و در بین زنان ۲۵-۱۵ درصد گزارش شده است. هم‌چنین افسردگی در بین همه بیماری‌های روانی و جسمی در بین زنان ۴۵-۱۵ سال شایع‌ترین بیماری شناخته شده است و

افسردگی یکی از اختلالات شایع روانی است. سازمان بهداشت جهانی (World health organization)، این اختلال را در ردیف چهارم فهرست حادثترین مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان قرار داده است. پیش‌بینی می‌شود این اختلال از لحاظ فراوانی در سال ۲۰۲۰ در مرتبه دوم بیماری‌های وخیم قرار گیرد.

را به صورت گروهی در مورد درمانجویان به کار گیرند. امروزه متخصصین، این حوزه گروه درمانی را با رویکردهای مختلف از جمله انسانگرایی، گشتالت، روان تحلیلی، شناختی و تحلیل تبدیلی مورد استفاده قرار می دهند (۳).

در حیطه سبب شناختی افسردگی می توان به عوامل زیستی، تکوینی و روانی اجتماعی از جمله رویدادهای زندگی و استرس های محیط، عوامل روانپوشی و شخصیتی اشاره کرد. هیچ نوع شخصیت یا صفت شخصیتی واحدی نیست که فردی را منحصرأ به افسردگی مستعد کند. هرکسی با هر الگوی شخصیتی ممکن است در مواقع مقتضی افسرده شود.

در این زمینه می توان از برخی نظریه های شخصیت در راستای پیش بینی دورنما و نتیجه درمان استفاده کرد. یکی از این نظریه ها، نظریه زیستی شخصیت کلونینجر (Cloninger) می باشد. کلونینجر (۱۹۸۷-۱۹۸۶) نظریه دقیقی را بر مبنای روابط متقابل گرایش های سه صفت تکوینی عصب زیستی پیشنهاد نمود که هر کدام با یک نظام عصب رسانه ای خاص همبسته است. به طور اختصاصی نوجویی (Novelty seeking) با فعالیت اساساً پایین دوپامینرژیک، آسیب پرهیزی (Harm avoidance) با فعالیت بالا در نظام سروتونرژیک و پاداش وابستگی (Reward dependency) با فعالیت اساساً پایین در نظام نورآدرنرژیک همبستگی دارد. فرض بر این است که نوجویی شخص را برای رفتن به سوی شغف یا تحریک در پاسخ به محرک های تازه مستعد می سازد که به تعقیب پاداش های بالقوه به اضافه اجتناب فعال از یکنواختی و تنبیه می انجامد. آسیب پرهیزی یک پاسخ قوی به محرک های انزجاری است که شخص را به بازداری رفتارها جهت اجتناب از تنبیه، تازگی و ناکامی ها هدایت می کند. به پاداش وابستگی به عنوان یک گرایش برای پاسخ دهی به مثلاً نشانه های پاداش، نشانه های کلامی تأیید اجتماعی و مقاومت در برابر خاموشی رفتارهایی که قبلاً با پاداش ها یا آسودگی از تنبیه همبسته شده نگرسته

در بین بیماری های عصبی و روانی، شایع ترین بیماری شناخته شده است (حدود ۲۰٪). این بیماری نه تنها به دلیل شیوع بالا بلکه به دلیل پیامدهای زیان بار آن و هزینه های مالی سنگینی که در بخش درمان به جامعه تحمیل می کند مورد توجه بسیاری از پژوهشگران است (۱).

رایج ترین درمان برای افسردگی اساسی، داروهای ضد افسردگی است. این دسته از داروها نسبتاً ارزان هستند. با این وجود افسردگی تمایل به بازگشت دارد و بین نصف تا سه چهارم افسرده ها در فاصله زمانی دو سال پس از بهبودی دوباره با دوره دیگری از افسردگی روبه رو شده اند. راهبرد عمده کنونی برای جلوگیری از بازگشت این اختلال، ادامه دادن درمان دارویی است. راهبرد درمانی دیگر شناخت درمانی می باشد. شناخت درمانی (آئرون بک (Aaron Beck)، ۱۹۸۴)، بر دگرگونی های شناختی که فرض می شود در شکل گیری اختلال افسردگی نقش داشته باشد، متمرکز است. هدف شناخت درمانی، رفع دوره های افسردگی و پیشگیری از عود آن ها از طریق شناسایی شناخت های منفی، ایجاد روش های اندیشیدن متفاوت، انعطاف پذیر و مثبت و تمرین پاسخ های شناختی و رفتاری است. چندین مطالعه نظیر پژوهش های کاساکالندا و همکاران (۲۰۰۲)، نمروف و همکاران (۲۰۰۳)، آمستردام و همکاران (۲۰۰۵)، د مت و همکاران (۲۰۰۶)، پینکورات و همکاران (۲۰۰۷)، ستوده و همکاران (۱۳۹۰) و رحیمی و همکاران (۱۳۸۷) نشان داده اند که شناخت درمانی از نظر تأثیر با دارودرمانی همراه است و ضمناً پیگیری آن نیز بهتر انجام می گیرد (۲).

روانشناسان در ابتدا به عنوان راه چاره ای برای پاسخ دهی به نیاز درمان جویانی که در انتظار دریافت درمان بودند اقدام به درمان افراد به صورت گروهی نمودند، اما با کمال تعجب دریافتند که گروه درمانی به خودی خود دارای یک سری مزیت های درمانی می باشد که درمان فردی فاقد آن است. در نتیجه درمانگران رفته رفته علاقه مند شدند که رویکرد درمانی خاص خود

جهت درمان به بیمارستان روان پزشکی فارابی کرمانشاه مراجعه نموده و ضوابط تشخیص بیماری افسردگی اساسی را براساس متن بازنگری شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی - چاپ چهارم (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)) (۲۰۰۰)، دارا بودند. پس از انتخاب، بیماران شرکت کننده در پژوهش به گونه تصادفی به سه گروه تقسیم شدند:

گروه اول: گروه دارودرمانی که فقط داروهای ضد افسردگی دریافت نمودند، بدون این که هیچ گونه درمان دیگری را دریافت کنند. گروه دوم: گروه شناخت درمانی گروهی که تکنیک‌های شناخت درمانی را هفته‌ای یک جلسه و به مدت ۱۰ هفته و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بر اساس رهنمودهای مایکل فری (Michael Free)، ۱۹۹۹ (۵)، دریافت کردند و گروه سوم: گروه کنترل که تا پایان پژوهش هیچ گونه درمانی دریافت نکردند.

به منظور بررسی تأثیر روش‌های درمان از پرسش نامه افسردگی بک - ویرایش ۲ و جهت بررسی ابعاد سرشت و منش از پرسش نامه TCI استفاده گردید و هردو آزمون قبل و بعد از مداخلات اجرا شدند.

پرسش نامه شخصیتی سرشت و منش کلویننجر برای سنجش خصلت‌ها و ویژگی‌های شخصیتی ساخته شده است که یا از طریق وراثت (سرشت) و یا از طریق محیط (منش) در فرد موجود است. این پرسش نامه دارای هفت مقیاس گوناگون (۱) نوجویی، (۲) آسیب پرهیزی، (۳) پاداش وابستگی، (۴) پشتکار، (۵) خودراهبری، (۶) همکاری و (۷) خود فراروی است. چهارمقیاس اول، ابعاد سرشت و سه مقیاس دیگر، ابعاد منش را می‌سنجد (۶). پرسش نامه افسردگی بک-II یک پرسش نامه خودآزماست و ۲۱ سؤال دارد که نشانه‌های گوناگون اختلال افسردگی را در بر می‌گیرد. پاسخ به هر سؤال از ۴ گزینه تشکیل شده است که از ۰-۳ نمره‌گذاری شده و در پایان با هم جمع بندی می‌شوند. نسخه بازنگری شده پرسش نامه بک (BDI-II) در مقایسه با نسخه اول، بیش تر با DSM-IV

می‌شود. بعد دیگر، پشتکار (Persistence) است که جمعاً چهار بعد از ابعاد سرشت را تشکیل می‌دهد. کلویننجر علاوه بر سرشت، از منش نیز نام می‌برد که شامل سه بعد: خودراهبری (Self-directedness)، همکاری (Cooperativeness) و خودفراروی (Self-transcendence) است. در زمینه تأثیر ابعاد سرشت و منش بر افسردگی، تحقیقاتی صورت گرفته است که بر اساس پژوهش‌های سلیکل و همکاران (۲۰۰۹)، ژوزفسون و همکاران (۲۰۰۷)، کاراسلان و همکاران (۲۰۱۰) و به کسی (۲۰۱۰) نشان داده شد که ابعاد سرشت و منش در بیماران افسرده به طور معناداری متفاوت از نمرات این ابعاد در افراد عادی است (۴). در واقع در ارتباط با این موضوع که کدام یک از دو روش درمانی به کاررفته در پژوهش حاضر در کاهش علایم افسردگی اساسی نقش بیشتری ایفا می‌کند، تحقیقات زیادی صورت گرفته است که نتایج متعدد و گاه متناقضی نیز به دست آمده است. در برخی از پژوهش‌ها، دارودرمانی تأثیر بیشتری از شناخت درمانی در بهبود علایم افسردگی اساسی داشته است و در برخی دیگر از پژوهش‌ها نیز برتری با روش شناخت درمانی بوده است. در بعضی دیگر از پژوهش‌ها این اثربخشی در هر دو روش با هم برابر بوده است. همچنین در زمینه ابعاد سرشت و منش و ارتباط آن با افسردگی و تأثیر روش‌های درمانی نظیر دارو درمانی و شناخت درمانی بر این ابعاد، نتایج متناقضی از پژوهش‌های متعدد به دست آمده است. بنابراین و با توجه به نتایج تحقیقات پیشین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دارودرمانی و شناخت درمانی گروهی در ابعاد سرشت و منش مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه آزمایشی است و جمعیت هدف آن را بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تشکیل دادند. حجم نمونه شامل ۴۵ بیمار مرد مبتلا به افسردگی اساسی در گروه سنی ۴۰-۲۰ سال بودند، که

همخوان است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را نیز پوشش می‌دهد (۷).  
تحلیل داده‌ها در این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت پذیرفت. در سطح توصیفی از مشخصه‌های آماری نظیر میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، ابتدا باید مفروضه‌های این آزمون را رعایت می‌کردیم. یکی از این مفروضه‌ها نرمال بودن توزیع داده‌ها و مفروضه دیگر یکسان بودن واریانس‌های مشاهده‌شده در سه گروه است. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون K-S (کولموگروف-اسمیرنوف) و برای یکسانی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. پس از بررسی صحت شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، این آزمون بر روی مشاهدات انجام گرفت. تنها در فرضیه هفتم، مفروضه یکسانی واریانس‌ها رعایت نگردید که در مورد آن از معادل ناپارامتری آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، یعنی کروسکال-والیس استفاده گردید.

نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در مورد مقایسه اثربخشی روش‌های دارودرمانی و شناخت درمانی گروهی در ابعاد سرشت و منش افراد افسرده نشان داد که هر دو روش دارودرمانی و شناخت درمانی گروهی به‌طور معناداری سبب ایجاد تغییر در این ابعاد شده‌اند (جدول ۲).

در نهایت نتایج آزمون‌های آماری بیانگر آن بود که بین روش‌های درمانی به‌کارگرفته‌شده در مورد افسردگی، علی‌رغم تفاوت اندکی که بین نمره‌های افسردگی دو گروه در پس‌آزمون دیده شد، تفاوت معناداری وجود نداشت درحالی‌که با گروه کنترل، تفاوت معنادار بود. در کل از نظر میزان تأثیر روش‌های درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی می‌توان گروه‌ها را به این صورت

در نهایت نتایج آزمون‌های آماری بیانگر آن بود که بین روش‌های درمانی به‌کارگرفته‌شده در مورد افسردگی، علی‌رغم تفاوت اندکی که بین نمره‌های افسردگی دو گروه در پس‌آزمون دیده شد، تفاوت معناداری وجود نداشت درحالی‌که با گروه کنترل، تفاوت معنادار بود. در کل از نظر میزان تأثیر روش‌های درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی می‌توان گروه‌ها را به این صورت

در نهایت نتایج آزمون‌های آماری بیانگر آن بود که بین روش‌های درمانی به‌کارگرفته‌شده در مورد افسردگی، علی‌رغم تفاوت اندکی که بین نمره‌های افسردگی دو گروه در پس‌آزمون دیده شد، تفاوت معناداری وجود نداشت درحالی‌که با گروه کنترل، تفاوت معنادار بود. در کل از نظر میزان تأثیر روش‌های درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی می‌توان گروه‌ها را به این صورت

همخوان است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را نیز پوشش می‌دهد (۷).  
تحلیل داده‌ها در این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت پذیرفت. در سطح توصیفی از مشخصه‌های آماری نظیر میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، ابتدا باید مفروضه‌های این آزمون را رعایت می‌کردیم. یکی از این مفروضه‌ها نرمال بودن توزیع داده‌ها و مفروضه دیگر یکسان بودن واریانس‌های مشاهده‌شده در سه گروه است. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون K-S (کولموگروف-اسمیرنوف) و برای یکسانی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. پس از بررسی صحت شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، این آزمون بر روی مشاهدات انجام گرفت. تنها در فرضیه هفتم، مفروضه یکسانی واریانس‌ها رعایت نگردید که در مورد آن از معادل ناپارامتری آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، یعنی کروسکال-والیس استفاده گردید.

### یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل سه گروه به حجم ۱۵ نفر در هر گروه بود. در گروه نخست، که تحت دارودرمانی قرار داشتند، ۴۰ درصد آن‌ها مجرد، ۷۳/۳ درصد دیپلم، ۲۰ درصد فوق‌دیپلم و ۶/۷ درصد لیسانس بودند. در گروه دوم، یعنی شناخت درمانی گروهی ۵۳/۳ درصد مجرد،

جدول ۱- مقایسه میانگین (SD) نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی بیماران در گروه‌های مورد بررسی

گروه‌ها	پیش آزمون (SD)	پس آزمون (SD)	تفاوت	Pvalue
دارودرمانی	۳۴/۲۰۰ (۵/۶۲۱)	۱۷/۰۰۰ (۲/۶۱۸)	۱۷/۲۰۰	۰/۰۰
شناخت درمانی	۳۳/۷۳۳ (۴/۸۳۲)	۲۰/۶۶۶ (۲/۴۹۷)	۱۳/۰۶۷	۰/۰۰۱
گروه کنترل	۳۳/۰۰۰ (۶/۳۱۳)	۳۲/۷۳۳ (۴/۸۳۲)	۰/۲۶۶	۰/۲۴
P	۰/۸۴۱	۰/۰۰۱	-	-

جدول ۲- مقایسه نمره‌های میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ابعاد سرشت و منش بیماران پیش و پس‌آزمون در گروه‌های مورد بررسی

گروه ها	نوجویی	آسیب پرهیزی	پاداش وابستگی	پشتکار	همکاری	خودفراروی	خودراهبری
پیش‌آزمون	۲۸/۲۸۶	۵۱/۲۶۰	۳۷/۲۰۶	۲۶/۵۸۰	۲۰/۳۳۳	۳۲/۳۱۳	۲۰/۴۴۶
پس‌آزمون	۳۵/۲۸۰	۴۲/۹۴۷	۳۲/۲۰۷	۳۸/۰۸۰	۲۲/۵۵۳	۳۲/۳۱۳	۲۳/۶۴۶
Pvalue	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۰۹۴	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	۳۱/۶۰۶	۵۰/۵۸۶	۳۴/۹۲۶	۲۶/۹۳۳	۱۷/۵۶۰	۳۵/۲۸۶	۲۱/۵۲۰
پس‌آزمون	۳۵/۶۱۳	۴۴/۹۸۰	۳۱/۵۸۰	۳۷/۳۷۳	۲۶/۸۲۰	۳۷/۱۰۶	۳۰/۴۰۶
Pvalue	۰/۰۰۵	۰/۰۰۶	۰/۰۳۷	۰/۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۰۴۸	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	۳۰/۹۶۰	۵۱/۶۶۶	۳۷/۰۶۰	۲۳/۱۴۰	۱۷/۳۸۰	۳۴/۶۵۳	۲۲/۲۰۶
پس‌آزمون	۳۰/۹۴۰	۵۱/۶۶۷	۳۷/۶۴۰	۲۴/۸۳۳	۱۷/۲۸۰	۳۴/۴۴۰	۲۱/۷۸۶
Pvalue	۰/۴۴	۰/۷۱۹	۰/۵۳۲	۰/۴۴	۰/۱۱۵	۰/۹۶۶	۰/۰۰۷

منش به جا گذاشته‌اند، دیدیم که چهار بعد سرشت یعنی نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش وابستگی و پشتکار بیش‌تر در گروه دارودرمانی دستخوش تغییر شده بودند و سه بعد منش یعنی همکاری، خودفراروی و خودراهبری نیز در گروه شناخت درمانی گروهی، تغییر بیش‌تری پیدا کرده بودند. در نظریه کلونینجر سرشت به پاسخ‌های هیجانی خودکار باز می‌گردد، تا حدودی جنبه وراثتی دارد و در سراسر زندگی استوار می‌ماند. انتقال دهنده‌های عصبی در ابعاد سرشت، نقش مهمی را ایفا می‌کنند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها انتقال‌دهنده عصبی سروتونین می‌باشد و از آن‌جا که داروهای ضد افسردگی مورد استفاده در پژوهش از خانواده بازدارنده‌های بازجذب اختصاصی سروتونین (SSRIs) بوده است، شاید بتوان چنین استنباط کرد که دلیل اثربخشی بیش‌تر دارودرمانی بر ابعاد سرشت، وجود انتقال‌دهنده سروتونین و داروهای مربوط به آن باشد.

در مقابل، منش به خودپنداره‌ها و تفاوت‌های فردی در اهداف، ارزش‌ها و انتخاب‌های فرد و معنای تجربه او در زندگی بر می‌گردد. منش تا حدودی متأثر از یادگیری اجتماعی- فرهنگی است و در طول زندگی رشد می‌کند. این امر ممکن است دلیل تأثیر بیش‌تر شناخت درمانی بر

رتبه‌بندی نمود: (۱) گروه دارودرمانی، (۲) گروه شناخت درمانی گروهی و (۳) گروه کنترل.

در خصوص اثربخشی بر ابعاد سرشت و منش نیز دیده شد که گروه دارودرمانی بیش‌ترین اثر را بر ابعاد سرشت و گروه شناخت درمانی گروهی، بیش‌ترین اثر را بر ابعاد منش ایجاد کرده‌اند و نتایج با گروه کنترل تفاوت معناداری داشت.

#### بحث

با بررسی ساختار نظری پژوهش به روشنی مشخص می‌گردد که هر یک از ابعاد سرشت و منش دارای سطوح افراطی هستند که می‌توانند در ایجاد افسردگی نقش داشته باشند. در واقع با نگاه به این سطوح افراطی معلوم می‌گردد که قابل انتظار است یک فرد افسرده در برخی از ابعاد، نمرات بالا و در برخی دیگر از ابعاد، نمرات پایینی کسب کند. همان‌طور که نتیجه پژوهش حاضر به روشنی این موضوع را نشان داد در ابعاد آسیب پرهیزی و پاداش وابستگی، نمرات بالا و در ابعاد نوجویی، پشتکار، همکاری، خودفراروی و خودراهبری، نمرات پایین بودند. همچنین در تبیین این موضوع که کدام یک از روش‌های درمان تأثیر بیش‌تری بر نمرات ابعاد سرشت و

درمان‌های شناختی یکی از رویکردهای مهم درمانی است که در سال‌های گذشته تحقیقات زیادی پیرامون آن انجام گرفته است. در این پژوهش تلاش بر این بود تا از یک چارچوب تعریف‌شده و روشن و در واقع یک بسته درمانی شناختی استفاده گردد. بسته مطرح‌شده توسط مایکل فری در انجام گام‌به‌گام پژوهش نشان داد که روش شناختی می‌تواند در کاهش نشانه‌های افسردگی نقش مهمی داشته باشد.

به نظر می‌رسد تفاوت ناچیز مشاهده‌شده تحت تأثیر عوامل متعدد می‌باشد، از جمله نوع داروهای مصرفی ضدافسردگی می‌تواند عامل مؤثری در نحوه پاسخ‌دهی به درمان باشد. امروزه اعتقاد بر این است که داروهای ضدافسردگی از گروه بازدارنده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین، خط اول درمان افسردگی اساسی می‌باشد و در این پژوهش داروهای مورد مصرف از دسته اخیر بوده‌اند. از سوی دیگر، شرایط اجتماعی و فرهنگی در جوامع مختلف متفاوت بوده و همین مسأله بر فرایند درمان نیز می‌تواند مؤثر باشد. تأثیرات کم‌تر شناخت درمانی در این پژوهش نیز می‌تواند به علت کمی تعداد جلسات روان درمانی باشد، افزایش تعداد جلسات و همین‌طور داشتن جلسات پیگیری و یادآور می‌تواند نتایج بهتری را به وجود آورد.

### نتیجه‌گیری

روش‌های درمانی از نظر تأثیر در بهبود اختلال افسردگی اساسی تفاوت معناداری با هم نداشتند، ولی می‌توان آن‌ها را به این شکل رتبه‌بندی نمود: ۱) گروه دارودرمانی، ۲) گروه شناخت درمانی گروهی و ۳) گروه کنترل (بدون درمان). همچنین دو روش درمان سبب ایجاد تغییراتی در ابعاد سرشت و منش شدند که با گروه کنترل به‌طور معناداری متفاوت بود. این موضوع به این‌گونه دیده شد که اثربخشی روش دارودرمانی در ایجاد تغییر در ابعاد سرشت بیش‌تر از روش شناخت‌درمانی بود و این موضوع به دلیل ماهیت ابعاد

ابعاد منش باشد، چرا که تکنیک‌های شناخت درمانی به تجارب فرد از زندگی، اهداف، خودپنداره، باورها و اعتقادات فرد می‌پردازد و سبب تغییر در آن‌ها می‌شود. یافته‌های این پژوهش در زمینه ابعاد سرشت و منش با پایه مفهومی نظریه کلونینجر (۱۹۸۷) و بیش‌تر پژوهش‌های انجام‌شده، همچون پژوهش‌های ژوزفسون (Andriola) و همکاران (۲۰۰۷) (۸)، سلیکل (Celikel) و همکاران (۲۰۰۹) (۹)، آندریولا (Andriola) (۲۰۱۱) (۱۰)، چن (chen) و همکاران (۲۰۱۱) (۱۱) و سانتوس (Santos) و همکاران (۲۰۱۱) (۱۲)، همخوان و مقایسه‌پذیر می‌باشد. همچنین نتیجه پژوهش جیل‌ها (Jylha) و همکاران (۲۰۱۱) (۱۳) با یافته‌های حاضر ناهمگون است به‌گونه‌ای که آن‌ها بیان می‌کنند که علی‌رغم وجود تفاوت میان ابعاد سرشت و منش باز هم تفاوت در این زمینه به خوبی واضح و قابل توضیح نیست.

در پژوهش حاضر در مورد این که اثربخشی دارودرمانی بر کاهش نشانه‌های افسردگی بیش‌تر است یا روش شناخت‌درمانی گروهی و این که آیا دو روش فوق با گروه کنترل تفاوت دارند یا نه، این نتیجه به‌دست آمد که بین دو روش از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد، هر چند گروهی که دارو دریافت کرده بودند تغییر بیش‌تری را نشان دادند. این یافته‌ها با پژوهش‌های نوایی‌فر و همکاران (۱۳۸۷) (۱۴)، ستوده و همکاران (۱۳۹۰) (۱۵)، دمت (De Maat) و همکاران (۲۰۰۶) (۱۶) و ملانی (Melanie) (۲۰۰۹) (۱۷) همسو می‌باشد.

تأثیرات دارویی در این پژوهش ممکن است به‌علت تجویز داروهای ضدافسردگی از گروه بازدارنده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (SSRIs) با دوز مؤثر به‌وسیله روانپزشک باشد. شاید بتوان گفت که رغبت و تمایل برخی افراد در استفاده از روش‌های دارویی، به دلیل صرفه‌جویی در وقت و کم‌هزینه بودن، از جمله دلایلی باشد که در گرایش افراد به سمت این درمان‌ها دخالت دارد.

## تشکر و قدردانی

در خاتمه از همکاری پرسنل بیمارستان روانپزشکی فارابی کرمانشاه و نیز جناب آقای امین اسدالله پور که در اجرای این پژوهش به ما یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل می آوریم.

سرشت می باشد که بیش تر جنبه ارثی داشتند و انتقال دهنده های عصبی نقش پررنگی در آنها داشتند. همچنین روش شناخت درمانی گروهی تأثیر بیشتری بر ابعاد منش داشت. این ابعاد بیش تر متأثر از یادگیری اجتماعی - فرهنگی است و در طول زندگی رشد می کند.

## References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive Text Book of Psychiatry. 10 th. Ed. Philadelphia USA lipicott Williams and wilkins. 2009; 10(2): 45-48.
2. Rahimi AR, Shamsaie F, Zarabian MK and Sadahi M. [Evaluation of Three Methods of Farmacotherapy, Cognitive Therapy and Cognitive Therapy Combined with Farmacotherapy in Patients with Depressive Disorder (Persian)]. Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services. 2008; 15(1): 93-97.
3. Sahebi A, Jomeepoor H. [Group Cognitive Therapy: Principles and Methods (Persian)]. New Psychotherapy Journal. 2005; 9(7): 27-28.
4. Cloninger RC, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to Its Development and Use. First Edition, Center for Psychobiology of Personality Washington University, St. Louis, Missouri. 1994; 7(3): 112-113.
5. Free ML. Cognitive Therapy in Groups: Guidelines and Resources for Practice. Scool of Applied Psychology, Griffith University, and Private Practice. 1999; 12(3): 80-85.
6. Kaviani H. [Validation and Normative Data on Cloninger Temperament and Character Inventory in Iranian Population (Persian)]. Tehran University of Medical Sciences Journal. 2005; 63(2): 89-98.
7. Steer RA, Clark DA, Beck AT, Renier WF. Common and Specific Dimensions of Self - Reported Anxiety and Depression: The BDI - II versus the BDI - I. 1999. 53(1): 55-59.
8. Josefsson A, Larsson C, Sydsjo G and Nylander PO. Temperament and Character in Women with Post Partum Depression. Archives of Women Mental Health. 2007; 10(1): 3-7.
9. Celikel FC, Kose S, Cumurcu BE, et al. Cloningers Temperament and Character Dimensions of Personality in Patients with Major Depressive Disorder. Department of Psychiatry, Compr Psychiatry, 2009; 50(6): 56-61.
10. Andrialo E, Di Trani M, Grimaldi A and Donferancesco R. The Relationship between Personality and Depression in Expectant Parents. Depression Research and Treatment. 2011; 20(5): 49-54
11. Chen Z, Lu X and Kitamura T. The Effects of Temperament and Character on Symptom of Depression in Chinese Nonclinical Population. Depression Research and Treatment. 2011; 8(1): 77-86.
12. Santos D, Lage LV, Jabur EK, Kaziyama HHS, Iossifescu DV, De Lucia MCS and et al. The Association of Major Depressive Episode and Personality Traits in Patients with Fibromyalgia. 2011; 66(6): 108-113.
13. Jylha P, Mantere O, Melartin T, Suominen K, Vuonlehto M, Arvilommi, P and et al. Difference in Temperament and Character Dimensions in Patients with Bipolar I or II or Major Depressive Disorder and General Population Subjects. Psychological Medician. 2011; 12(2): 1-13.
14. Navabifar F, Aghaei A, Omranifard V, Afshar Zanjani H and Moeini P. [ Effectiveness and Compare of Cognitive Group Therapy as a Logical - Emotinal - Behavioral way and Homeopathic Method of Depression in Women (Persian)]. Knowledge and Research in Psychology Journal, Islamic Azad University, Khoorasgan Branch. 2008; 37(3): 41-64.
15. Sotoodeh N, Behnam B, Ghorbani R. [Evaluation of Three Methods of Cognitive - Behavioral Therapy, Farmacotherapy and Combination of these Two Methods in Treatment of Major Depression (Persian)]. Koomeh Journal. 2011; 13(1): 108-115.
16. De Maat S, Dekker JS, choevers R, De Jonghe F. Relative Efficacy of Psychotherapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Depressive: a Meta - Analysis Psychotherapy Research, 2006; 16(5): 566-578.
17. Melanie JV. Cognitive Therapy of Depression: the Mechanism of Change. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 2009; 11(2): 97-108.