

روابط ساختاری مؤلفه های سرشت و منش شخصیت با اختلالات هیجانی

تاریخ دریافت:

تاریخ پذیرش:

سیامک فتح الهی*، عباس بخشی پور رودسری**، تورج هاشمی نصرت آباد***، علیرضا فرنام****، اصغر وثوقی*****

چکیده

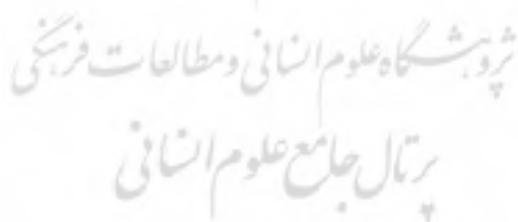
مقدمه: هدف پژوهش حاضر، تعیین عوامل مشترک و عوامل اختصاصی اختلال های اضطرابی و افسردگی بر اساس مولفه های سرشت و منش شخصیت در مدل کلونینگر بود.

روش: از بین بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی تعداد ۳۱۳ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به این پرسش نامه ها پاسخ دادند: پرسش نامه سرشت و منش شخصیت، پرسش نامه افسردگی بک، شاخص حساسیت اضطرابی، پرسش نامه نگرانی ایالت پن، پرسش نامه وسواسی- جبری مازولی، پرسش نامه ترس مرضی اجتماعی. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل عاملی تأییدی و روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد عامل آسیب پرهیزی با همه ی علائم اختلالات اضطرابی و افسردگی رابطه ی مستقیم و معناداری دارد و عامل پیش بین برای همه ی علائم اختلالات اضطرابی و افسردگی است. همچنین نتایج نشان داد که بین عامل خود راهبری و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد. علاوه براین، نتایج مدل ساختاری نشان داد که عامل نوجویی پایین با اختلال فوبی اجتماعی و وسواسی جبری رابطه ی معناداری ندارد.

نتیجه گیری: عامل آسیب پرهیزی ویژگی مشترک اختلال های اضطرابی و افسردگی است و مسئول همپوشی مشاهده شده بین این اختلالات است. همچنین عامل خود راهبری ویژگی اختصاصی افسردگی است.

واژه های کلیدی: روابط ساختاری، مولفه های سرشت و منش شخصیت، اختلالات هیجانی



Siamak.fatollahi@Gmail.com

Abbas_bakhshipour@yahoo.com

Tourajhashemi@yahoo.com

FarnamA@tbzmed.ac.ir

Asgharvossoughi@yahoo.com

*نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز، تبریز، آذربایجان شرقی، ایران

** استاد، گروه روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، آذربایجان شرقی، ایران

*** دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، آذربایجان شرقی، ایران

**** دانشیار، گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، آذربایجان شرقی، ایران

***** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز، تبریز، آذربایجان شرقی، ایران

مقدمه

اختلالات اضطرابی و افسردگی جزوی از اختلالات شایع هستند که سالانه هزینه‌های زیادی را برای افراد و جامعه تحمیل می‌کنند. از این رو تشخیص و توصیف این اختلالات مهم بوده و وجود یک نظام طبقه بندی مناسب می‌تواند راهنمای خوبی برای درمان و تحقیق باشد. یکی از پرکاربردترین نظام‌های طبقه بندی برای اختلالات هیجانی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) است. با این حال این نظام طبقه بندی توسط بسیاری از محققان مورد انتقاد قرار گرفته است. این محققان اعتقاد دارند که DSM به حد کافی مبتنی بر پایه‌های تجربی نیست و از این رو دارای چندین نقص است [۱]. یکی از مهم‌ترین نقص‌های این نظام طبقه بندی وجود همپوشی بالا بین مقوله‌های تشخیصی است. به عبارت دیگر این اختلالات هم در جمعیت‌های بالینی و هم در جمعیت‌های عمومی هم زمان دیده می‌شوند. این الگو از یک سو تحقیقات مربوط به اختلالات را پیچیده می‌کند، به عنوان مثال محقق مجبور است در مورد ورود یا خروج موارد همپوش تصمیم گیری کند. از سوی دیگر مشکلات مفهومی مربوط به طبقه بندی را ایجاد می‌کند. مشکل همبودی به ویژه در بین اختلالات اضطرابی و افسردگی شایع‌تر است. در نظام‌های مقوله‌ای، این اختلالات به عنوان پدیده‌های جدا از هم و مستقل در نظر گرفته شده‌اند زیرا از نظر پدیدار شناسی، اضطراب و افسردگی را می‌توان به آسانی از یکدیگر باز شناخت. اما علاوه بر میزان بالای هم‌ابتلائی این دو اختلال، تحقیقات نشان داده است، ابزارهایی که سازه‌های اضطراب و افسردگی را می‌سنجند، همبستگی مثبت و بالایی دارند و ممکن است دارای یک عامل با بار معنی داری بالا باشند [۲]. از سوی دیگر، در بیشتر موارد همبودی، با درمان یک اختلال، شدت اختلال دیگر نیز کاهش می‌یابد [۳]. همچنین داروها یا درمان‌های روان‌شناختی یکسان، منجر به پاسخ‌های درمانی همانند در بیماران افسرده و مضطرب می‌شوند [۴]. همه‌ی این یافته‌ها نشان می‌دهد که تمایز و جداسازی این دو سازه بسیار دشوار است و در این زمینه به مدل‌های نظری مختلفی نیاز است تا رابطه‌ی اضطراب و افسردگی را تبیین کنند [۵].

مدل‌های ارائه شده در رویکرد ابعادی، بیشتر معضل هم‌ابتلائی در اختلال‌های خلقی و اضطرابی را بررسی کرده و الگوهای متفاوتی را نیز در این خصوص معرفی نموده‌اند. هدف اصلی این مطالعات بررسی اختلالات هیجانی بر اساس سازه‌های تجربی است که به صورت پایا اندازه‌گیری می‌شوند و با فرایندهای روان‌شناختی پایه مرتبط هستند. در بسیاری از این مدل‌ها، چنین فرض می‌شود که همبودی مشاهده شده بین اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، ناشی از وجود بعضی از عامل‌های آسیب‌پذیر کلی است که در این اختلالات مشترک است. به عبارت دیگر، این اختلالات ذیل یک سری عامل‌ها یا حالت‌های کلی^۱ است که از طریق آن‌ها ظهور و بروز پیدا می‌کند. در این مدل‌ها، عوامل سطح بالا به عنوان متغیرهای مکنون^۲ در نظر گرفته می‌شوند که مسئول ایجاد علایم و نشانه‌های گسترده‌ی روان‌شناختی هستند. عامل مسئول^۳، نوعی گرایش یا میل نهفته است که مستقیماً قابل مشاهده نبوده و سبب ایجاد اختلال‌های آشکار و قابل مشاهده می‌شود. در این مدل‌ها، هر نشانگان خاص به عنوان تلفیقی از یک مؤلفه غیر اختصاصی یا مشترک و یک یا چند مؤلفه‌ی اختصاصی نگریسته می‌شود. مؤلفه‌های غیر اختصاصی در واقع همان عامل‌های آسیب‌پذیر کلی است که همپوشی بین اختلالات افسردگی و اضطرابی را توجیه می‌کند. به طور کلی ساختار اختلالات هیجانی از دو رویکرد متفاوت مورد بررسی قرار گرفته است. در رویکرد اول که به رویکرد ابعاد بزرگ معروف است، اختلالات هیجانی و عمدتاً اضطراب و افسردگی بر اساس ابعاد عاطفی پایه توصیف می‌شوند. در این مدل‌ها عاطفه منفی بالا ویژگی مشترک اضطراب و افسردگی، عاطفه منفی پایین ویژگی اختصاصی افسردگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی عامل اختصاصی اضطراب در نظر گرفته می‌شود [۶، ۷، ۸]. رویکرد دوم، رویکرد سلسله‌مراتبی است که در آنها افسردگی و اضطراب به عنوان اختلالات همگن و تک‌عاملی در نظر گرفته نمی‌شوند. در این مدل‌ها عامل پریشانی عمومی یا عاطفه منفی جزء غیر اختصاصی در نظر گرفته می‌شود که به درجات متفاوتی اختلالات هیجانی را متأثر می‌کند. از سوی

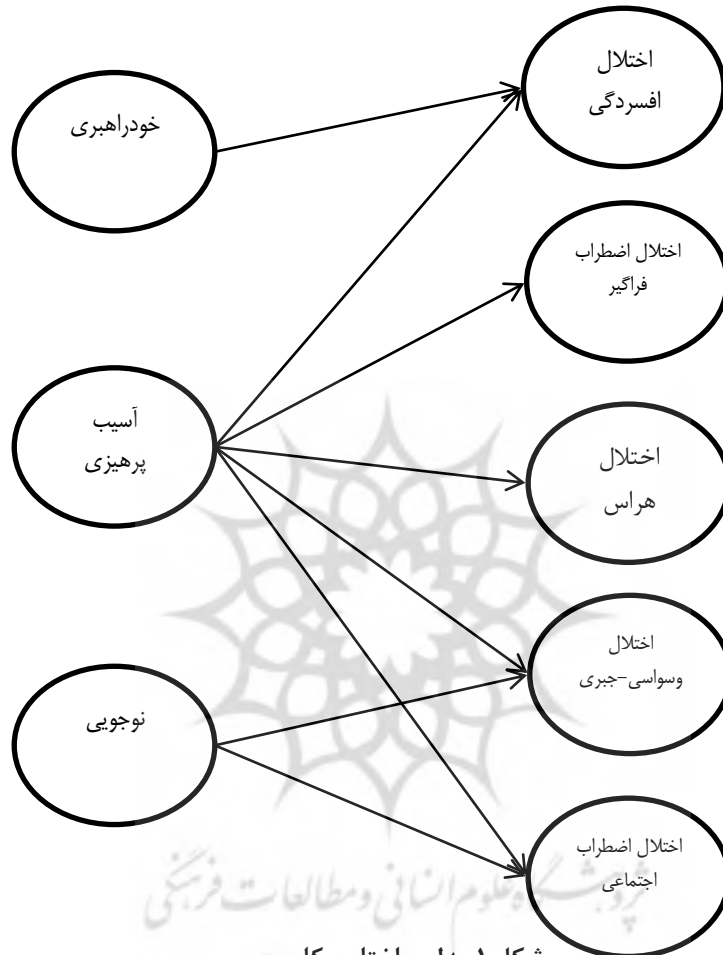
1. common disposition
2. latent
3. liability factor

ارتباط با مدل کلونینگر بیشترین مطالعات در زمینه‌ی اختلالات هیجانی، مطالعات مربوط به افسردگی است. یافته مشترک در بین مطالعاتی که هم بر اساس مدل اولیه و هم بر اساس مدل اخیر کلونینگر انجام شده است، این است که نمرات آسیب پرهیزی بالا و نمرات خود راهبری پایین شدیداً با افسردگی رابطه دارد [۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰]. علاوه بر این، بخشی از ادبیات تحقیق در این زمینه مربوط به تغییرات ابعاد شخصیت در طول درمان است. به طور کلی، نتایج نشان می‌دهد که هر چند درمان روی ابعاد شخصیتی آسیب پرهیزی و خود راهبری تأثیر می‌گذارد ولی با این حال بیماران افسرده در مقایسه با گروه کنترل همچنان نمرات بالایی در آسیب پرهیزی و نمرات پایینی در خود راهبری دارند. این نتایج نشان می‌دهد که این ابعاد شخصیت وابسته به هر دو جنبه صفت و حالت هستند [۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴]. نهایتاً بخشی از تحقیقات مربوط به مطالعات طولی است که بر اساس مدل کلونینگر در مورد بیماران افسرده انجام شده است. نتایج این مطالعات نشان می‌دهند که از بین ابعاد مدل کلونینگر، تنها آسیب پرهیزی و خود راهبری قادر به پیش بینی افسردگی در طول زمان هستند [۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸]. در مورد اختلال فوبی اجتماعی نتایج مطالعات نشان می‌دهند که این بیماران در بعد شخصیتی نوجویی آسیب پرهیزی نمرات بالا و در بعد شخصیتی نوجویی نمرات پایینی بدست می‌آورند [۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴]. در مورد اختلال وسواسی - جبری نیز نتایج مطالعات نشان می‌دهد که این اختلال با آسیب پرهیزی بالا و نوجویی پایین رابطه‌ی معناداری دارد [۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹]. مطالعاتی که به بررسی ابعاد شخصیت کلونینگر در بیماران مبتلا به پانیک و اختلال اضطراب فراگیر (GAD) پرداخته‌اند عمدتاً مبتنی بر مدل اولیه کلونینگر است. یافته‌ی مهم همه‌ی این مطالعات این است که آسیب پرهیزی روابط معناداری با این اختلالات دارد [۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵]. به طور خلاصه، مرور ادبیات پژوهش در مورد رابطه‌ی ابعاد شخصیت مدل کلونینگر با اختلالات هیجانی، نشان می‌دهد که آسیب پرهیزی بالا ویژگی مشترک اختلالات اضطرابی و افسردگی است. از سوی دیگر، مطالعات نشان می‌دهد که خود راهبری پایین ممکن است نقش مهمی در اختلال افسردگی داشته باشد؛ و نهایتاً این

دیگر هر یک از اختلالات اضطرابی و افسردگی دارای یک جزء اختصاصی است که آن‌ها را از هم متمایز می‌کند. به عنوان مثال، عاطفه مثبت پایین ویژگی اختصاصی افسردگی و فوبی اجتماعی و برانگیختگی فیزیولوژی عامل اختصاصی اختلال پانیک در نظر گرفته می‌شود. تفاوت عمده دیگری که مدل‌های سلسله مراتبی نسبت به مدل‌های ابعاد بزرگ دارند این است که عامل پریشانی عمومی محدود به اختلالات هیجانی نیست بلکه این ویژگی در سایر اختلالات روانی نیز دیده می‌شود [۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲]. اگرچه این حوزه از تحقیقات فهم ما را از ساختار اختلالات هیجانی افزایش داده‌اند اما مدل‌هایی که در این زمینه ارائه شده است دارای یک سری محدودیت‌هایی است. یکی از مهم‌ترین محدودیت‌ها این است که به جز عاطفه مثبت و برانگیختگی اضطرابی، ویژگی‌های اختصاصی سایر اختلالات هیجانی مشخص نشده است. بعضی از محققان معتقدند که به منظور رسیدن به ویژگی‌های اختصاصی اختلالات هیجانی توجه به تحقیقات شخصیت ضروری است [۱۳]. به طور کلی، در توجیه این امر و این که چرا صفات شخصیت با اختلالات هیجانی مرتبط است به چند مسئله توجه شده است: نخست این که ابعاد عاطفی که در این مدل‌ها مورد استفاده قرار گرفته است، ویژگی شبه صفت را دارند و در طول زمان دارای ثبات هستند. دوم این که، مطالعات نشان می‌دهند که ابعاد عاطفی منفی با روان رنجور خوبی و هیجان پذیری منفی و ابعاد عاطفه مثبت با برونگرایی و هیجان پذیری مثبت شدیداً رابطه دارد [۱۴]؛ و نهایتاً این که بین این صفات و اختلالات روابط ژنتیکی وجود دارد. به عنوان مثال مطالعات مختلف نشان می‌دهد که رابطه‌ی بین اضطراب و افسردگی ناشی از اجزاء ژنتیکی مشترک است که این عوامل ژنتیکی در روان رنجور خوبی نیز دیده می‌شود [۱۲]. از این رو ترکیب مدل‌های شخصیت - آسیب پذیری با مدل‌های ساختاری اختلالات هیجانی می‌تواند فهم ما را از این اختلالات افزایش دهد. در پژوهش حاضر مدل شخصیتی کلونینگر - به عنوان یک نظریه‌ی زیستی - روانی - جایگزین عوامل عاطفی و عوامل شخصیتی دیگر در مدل‌های سلسله مراتبی خواهد شد تا برازش این مدل جدید در تبیین و شناسایی عوامل مشترک و اختصاصی اختلالات هیجانی بررسی شود. در

مبتنی بر این مدل، سه سوال پژوهشی زیر ارائه می‌شود:
 ۱- آیا عامل آسیب پرهیزی مولفه غیر اختصاصی اختلالات اضطرابی و افسردگی است ۲- آیا عامل خود راهبری پایین مولفه اختصاصی افسردگی است ۳- آیا عامل نوجویی پایین مولفه اختصاصی اختلال وسواسی-جبری و فوبی اجتماعی است. در شکل ۱ مدل ساختاری کلی ارائه شده است.

که مطالعات نشان می‌دهد که نوجویی پایین با اختلال فوبی اجتماعی و اختلال وسواسی - جبری رابطه‌ی معناداری دارد. بنابراین بر اساس این نتایج، هدف مطالعه حاضر بررسی میزان برآزش مدلی است که در آن انتظار می‌رود ابعاد مرتبه اول آسیب پرهیزی، خود راهبری و نوجویی با اختلالات هیجانی روابط معناداری داشته باشد.



شکل ۱ مدل ساختاری کلی

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر را مبتلایان به اختلالات افسردگی (اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده خویی و اختلال افسردگی مضاعف) و اختلالات اضطرابی (اختلال اضطراب فراگیر، اختلال پانیک، اختلال وسواسی - جبری و اختلال فوبی اجتماعی) شهر تبریز تشکیل می‌دادند. از میان مبتلایان به اختلالات هیجانی که

به مراکز درمانی (کلینیک‌های خصوصی درمان) مراجعه و توسط روانپزشک و با استفاده از نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته برای DSM-IV (SCID) تشخیص یکی از اختلالات یاد شده را دریافت کرده بودند، نمونه‌ای به حجم ۳۱۳ نفر و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه به دلیل بهره‌گیری از روش تحلیل عاملی تأییدی و مدل‌یابی معادلات ساختاری بزرگ‌تر از ۲۰۰ در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری توسط ۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی و ۳ دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی

که در این زمینه آموزش های لازم را دریافت کرده بودند، انجام شد. این دانشجویان نمونه های خود را به صورت تصادفی از ۵ کلینیک خصوصی روان پزشکی شهر تبریز انتخاب کردند. شیوه نمونه گیری به این صورت بود که ابتدا توسط روان پزشک تشخیصی یکی از اختلالات اضطرابی و افسردگی روی مراجعان داده می شد. سپس برای غربال بهتر و کنترل تشخیص افتراقی از نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته برای DSM-IV (SCID) استفاده می شد. بعد از مشخص شدن نمونه و رد ملاک های خروج از پژوهش، پرسشنامه های مربوطه توسط خود مراجع و با نظارت پژوهش گران تکمیل شد. همه نمونه ها در مرحله حاد بیماری و ابتدای درمان دارویی خود بوده اند. معیارهای حذف آزمودنی ها نداشتن اختلال های مصرف مواد بود زیرا هدف بررسی ارتباط میان ابعاد شخصیت و اختلالات هیجانی بود و سوء مصرف مواد می توانست سنجش این ابعاد را مخدوش سازد.

ابزار

۱- سیاهه سرشت و منش^۱ (TCI): سیاهه ی سرشت و منش، یک ابزار پژوهشی خود سنجی ۱۲۵ آیتمی است که توسط کلونینگر و همکاران [۴۶، ۴۷] ساخته شد. این سیاهه چهار بعد سرشتی شخصیت (نوجویی، آسیب پرهیزی، پاداش وابستگی و پشتکار) و سه بعد منشی شخصیت (خود راهبری، همکاری و خودفراری) را اندازه گیری می کند. به هر کدام از سوالات یک نمره تعلق می گیرد و نمره هر یک از ابعاد، از مجموع نمرات زیر مقیاس های آن بعد به دست می آید. ضرایب پایایی درونی این پرسش نامه از ۰/۶۱ برای عامل پشتکار تا ۰/۸۶ برای عامل آسیب پرهیزی بوده است و ساختار هفت عاملی این مقیاس نیز مورد تأیید قرار گرفته است [۴۸]. در ایران کاویانی و پورنصاح [۴۹] ویژگی های روان سنجی TCI را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه، پایایی باز آزمایی مقیاس های TCI از ۰/۷۳ برای پاداش وابستگی تا ۰/۹۰ برای خود راهبری و ثبات درونی مقیاس ها از ۰/۵۵ برای پشتکار تا ۰/۸۴ برای خود راهبری بدست آمد. همچنین روایی مقیاس ها از ۰/۶۶ برای خود راهبری تا ۰/۹۰ برای پشتکار بدست آمد. در پژوهش حاضر ضرایب پایایی (آلفای

کرونباخ) برای هر یک از ابعاد آسیب پرهیزی، نوجویی و خودراهبری به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۰ و ۰/۸۱ بدست آمد.

۲- سیاهه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II): این سیاهه، نوع بازنگری شده BDI می باشد و با ملاک های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) منطبق شده است. BDI-II شامل ۲۱ آیتم است که هر آیتم یکی از علائم افسردگی را می سنجد. هر آیتم دارای چهار جمله است که شدت افسردگی را می سنجد. هر جمله از نظر شدت بین صفر تا سه نمره گذاری می شود. نمرات بالاتر نشان دهنده علائم افسردگی شدید تر می باشد [۵۰]. همچنین این سیاهه از ویژگی های روان سنجی قابل قبولی برخوردار است [۵۰]. در ایران فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون [۵۱] ضریب آلفای این آزمون را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه را ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی با فاصله ی یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کردند. همچنین در این مطالعه همبستگی BDI-II با ویرایش اول BDI ۰/۹۳ بدست آمد. همچنین، در پژوهش قاسم زاده، مجتبابی، کرم قدیری و ابراهیم خانی [۵۲] ضریب آلفای BDI-II ۰/۸۷ و ضریب باز آزمایی ۰/۷۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. همسانی درونی آن برای کل مقیاس ۰/۸۸ بدست آمد. در این پژوهش، BDI-II به عنوان شاخص متغیر افسردگی به کار گرفته شده است.

۳- پرسشنامه ی نگرانی پن استت^۲ (PSWQ): پرسشنامه ی نگرانی پن استت یک پرسشنامه ی خود گزارشی ۱۶ آیتمی است که نگرانی شدید، مفرط و غیر قابل کنترل را در زمان ها و موقعیت های مختلف اندازه گیری می کند. این پرسشنامه به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به کار می رود. آیتم ها با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای، در دامنه ی ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره گذاری می شوند. [۵۳]. ضریب همسانی درونی پرسشنامه ی نگرانی پن استت در مورد بیماران مبتلا به GAD ۰/۸۶ و در مورد گروه های عادی و دانشجویان بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است [۵۴، ۵۵]. ضرایب اعتبار باز آزمایی این آزمون در بین گروه های بالینی و دانشجویان ۰/۷۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است [۵۳]

همچنین پایایی باز آزمایی، روایی پیش بین، سازه و ملاکی این پرسشنامه بالا گزارش شده است [۶۲]. در ایران پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۲ و روایی همزمان آن ۰/۵۰ بوده است [۶۳]. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. همسانی درونی آن برای کل مقیاس ۰/۸۷ بدست آمد. در این پژوهش، ASI به عنوان شاخص متغیر اختلال پانیک به کار گرفته شده است.

۶- سیاهه فوبی اجتماعی^۳ (SPIN): این پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی ۱۷ آیتمی است که به منظور ارزیابی اضطراب یا هراس اجتماعی تهیه شده است. این سیاهه دارای سه خرده مقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است و هر یک از آیتم‌ها با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای، در دامنه‌ی ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره گذاری می‌شوند. پایایی این مقیاس به روش باز آزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و همسانی درونی آن در گروهی از افراد سالم ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین روایی همگرایی این پرسشنامه ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ گزارش شده است [۶۴]. در ایران عبدی و همکاران [۶۵] پایایی به روش باز آزمایی این پرسشنامه را ۰/۸۳ و همسانی درونی آن را ۰/۸۶ و اعتبار محتوایی آن را بالا گزارش کردند. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. همسانی درونی آن برای کل مقیاس ۰/۸۹ بدست آمد. در این پژوهش، SPIN به عنوان شاخص متغیر اختلال فوبی اجتماعی به کار گرفته شده است.

۷- نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته برای DSM-IV (SCID-I): در این مطالعه از نسخه ترجمه شده SCID-I به فارسی استفاده شد. SCID-I یک ابزار جامع استاندارد شده برای ارزیابی اختلالات اصلی روانپزشکی بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV می باشد که برای مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است. در ایران توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶). توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود. اکثر مصاحبه شونده‌گان و

[۵۵]. پرسشنامه‌ی نگرانی پن استت با سایر مقیاس‌های خود گزارشی نگرانی همبستگی بالایی داشته است [۵۷]. در ایران دهشیری، گلزاری، برجلی و بهرامی [۵۸] همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۸، پایایی باز آزمایی را ۰/۷۹ و روایی همگرایی پرسشنامه با سیاهه اضطراب صفت- حالت و سیاهه افسردگی بک را به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۴۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. همسانی درونی آن برای کل مقیاس ۰/۸۷ بدست آمد. در این پژوهش، PSWQ به عنوان شاخص متغیر اختلال اضطراب فراگیر به کار گرفته شده است.

۴- سیاهه وسواسی- جبری مادزلی^۱ (MOCI):

سیاهه‌ی وسواسی جبری مادزلی یک مقیاس ۳۰ آیتمی است که پاسخ به هر کدام از آنها به صورت درست / نادرست می‌باشد. این سیاهه به صورت ویژه برای بررسی نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری طراحی و تدوین شده است؛ و دارای ۵ خرده آزمون (وارسی، شستشو، شک وسواسی، کندی و نشخوار ذهنی) است [۵۹]. استرنبرگ و برنز، ضریب پایایی این آزمون را با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند [۶۰]. در ایران دادفر [۶۱] ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن با مقیاس ییل را ۰/۷۸ گزارش کرده است. همچنین علیلو و همکاران [۵۹]، همبستگی آزمون- آزمون مجدد این پرسش نامه را ۰/۷۸ برآورد کرده است. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. همسانی درونی آن برای کل مقیاس ۰/۷۷ بدست آمد. در این پژوهش، MOCI به عنوان شاخص متغیر اختلال وسواسی - جبری به کار گرفته شده است.

۵- شاخص حساسیت اضطرابی^۲ (ASI): شاخص حساسیت اضطرابی یک مقیاس خود سنجی ۱۶ آیتمی است که برای ارزیابی ترس از تجارب و احساسات مرتبط با اضطراب طراحی و تدوین شده است. هر آیتم، نگرانی راجع به پیامدهای منفی نشانه‌های اضطرابی را ارزیابی می‌کند. این آزمون بر اساس مقیاس پنج نقطه‌ای لیکرت (۰ = خیلی کم؛ تا ۴ = خیلی زیاد) نمره گذاری می‌شود. همسانی درونی این آزمون بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۱ گزارش شده است.

1 . Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory
2 . Anxiety Sensivity Index

3 . Social Phobia Inventory (SPIN)

عامل مشخص شدند، نمرات آیت‌های هر عامل با یکدیگر جمع شدند، جمع آن‌ها بر تعداد آیت‌ها تقسیم شدند و نهایتاً نمره‌ی بدست آمده، باعث شکل‌گیری هر دسته شد.

یافته‌ها

قبل از ارزیابی مدل‌های ساختاری، به منظور ایجاد مدل‌های برازنده و قابل قبول و تعیین این موضوع که آیا شاخص‌ها به خوبی سازه نظری زیربنایی را اندازه‌گیری می‌نمایند، تحلیل عاملی تأییدی در مورد عوامل اختلالات اضطرابی و افسردگی اجرا شد. مدل ارزیابی شده شامل ۵ متغیر مکنون بود. تحلیل عاملی تأییدی صورت گرفته از روایی تمیزی ۵ عاملی اختلالات (اختلال افسردگی، پانیک، اضطراب فراگیر، وسواسی - جبری و فوبی اجتماعی) مطابق با اختلالات DSM-IV حمایت می‌کند. هر کدام از متغیرهای مکنون پانیک، افسردگی و اختلال وسواسی - جبری با ۵ شاخص و متغیرهای مکنون فوبی اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر با ۳ شاخص اندازه‌گیری شدند و در تحلیل نهایی برای متغیرهای وسواسی - جبری و افسردگی، ۵ شاخص، پانیک، ۴ شاخص، فوبی اجتماعی ۳ شاخص و اختلال اضطراب فراگیر، ۲ شاخص که دارای بیشترین بار عاملی بودند مورد استفاده قرار گرفتند. بارهای عاملی (برآوردهای استاندارد) متغیرهای اندازه‌گیری برای عامل مکنون افسردگی بین ۰/۴۴ تا ۰/۷۴، برای عامل مکنون اضطراب فراگیر بین ۰/۴۲ تا ۰/۹۹، برای عامل مکنون پانیک بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۹، برای عامل مکنون وسواسی - جبری بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۲ و برای عامل مکنون فوبی اجتماعی ۰/۷۲ تا ۰/۹۵ بود. بارهای عاملی همه‌ی شاخص‌های متغیرهای مکنون در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. این امر نشان دهنده‌ی روایی همگرایی شاخص‌ها می‌باشد. در جدول ۱ شاخص‌های برازندگی مدل اندازه‌گیری عوامل مکنون اختلالات اضطرابی و افسردگی ارائه شده است. جدول ۱ نشان می‌دهد که مدل اندازه‌گیری عوامل مکنون اختلالات اضطرابی و افسردگی از برازندگی قابل قبولی برخوردار است. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای مکنون عوامل اختلالات اضطرابی و شخصیتی آورده شده است.

مطابق با فرضیه‌های تحقیق، تحلیل عاملی تأییدی در مورد سه بعد شخصیتی آسیب‌پرهیزی، خود راهبری و نوجویی اجرا شد. نتایج تحلیل عاملی از روایی تمیزی ۳

مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID-I را مطلوب گزارش کردند [۶۶].

روند اجرای پژوهش

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزارهای SPSS-16^۱ و LISREL-8.54^۲ انجام شد. در همین راستا، ابتدا از روش تحلیل عاملی تأییدی^۳ برای ارزیابی برازندگی مدل‌های اندازه‌گیری^۴ متغیرهای مکنون استفاده شد. به عبارت دیگر، در این گام به بررسی این موضوع پرداخته شد که آیا اندازه‌های مشاهده‌پذیر به خوبی و درستی سازه‌های مکنون را اندازه‌گیری می‌نمایند. در گام دوم از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری برای ارزیابی مدل‌های ساختاری استفاده شد. در مدل‌یابی معادلات ساختاری برای دست‌یابی به همانندی و کاهش راه‌حل‌های نامناسب، مرجح است حداقل از ۳ یا ۴ شاخص برای هر سازه مکنون استفاده شود. از آنجا که در پژوهش حاضر برای هر سازه از یک پرسشنامه استفاده گردیده که فقط یک نمره‌ی کلی بدست می‌داد، بالاجبار از آیت‌های هر سازه به عنوان نشانگرهای آن سازه استفاده شد، ولی با توجه به اینکه تعداد آیت‌های هر سازه خیلی بیشتر از تعداد شاخص‌های مورد نیاز برای عوامل مکنون در مدل‌یابی معادلات ساختاری بود و زیاد بودن تعداد نشانگرها برای هر سازه باعث افزایش خطا و کاهش برازندگی مدل می‌شود، از این رو برای کاهش تعداد شاخص‌ها، تکنیک دسته‌بندی در مورد متغیرهای مکنون افسردگی، پانیک و اضطراب فراگیر و استفاده از نمرات زیر مقیاس‌های ابزارها در مورد سایر متغیرهای مکنون به کار گرفته شد. در پژوهش حاضر از بین سه روش معمول برای دسته‌بندی کردن، از روش گمارش تجربی استفاده شد. از این رو برای دسته‌بندی کردن با روش گمارش تجربی، از روش تحلیل عاملی اکتشافی^۵ استفاده گردید. شایان ذکر است که برای همه‌ی سازه‌ها روش عامل‌یابی محورهای اصلی^۶ و چرخش ابلیمین مستقیم^۷ به کار گرفته شد. بعد از اینکه آیت‌های هر

1 - Statistical Package for the Social Science- version 16

2 - Linear Structural Relationships- version 8.54

3 . confirmatory factor analysis

4 . Measurement models

5. Exploratory Factor Analysis

6. Principal Axial Factoring

7. direct oblimin

برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) $0/04$ بدست آمد. RMSEA برازش و ایجاز الگو را می‌سنجد و همچنین شاخصی است برای کنترل خطا یا عوامل ناشناخته. میزان کوچک‌تر این شاخص برازش بهتری را می‌سنجد به طوریکه اگر مقدار این شاخص برابر با $0/1$ یا بیشتر باشد بر برازش ضعیف دلالت دارد. شاخص برازش تطبیقی (CFI) برازندگی مدل موجود را با مدل صفر که در آن فرض می‌شود متغیرهای مکنون موجود در مدل ناهمبسته اند، مورد مقایسه قرار می‌دهد بدین معنا که ماتریس کوواریانس پیش بینی شده به وسیله مدل و نیز مدل صفر را با ماتریس کوواریانس مشاهده شده مقایسه می‌کند. این شاخص نیز بین صفر و یک قرار می‌گیرد و اندازه‌های نزدیک به یک حاکی از برازش مناسب مدل است. در پژوهش حاضر، این شاخص برابر با $0/98$ بدست آمد که نشان دهنده‌ی برازش مناسب مدل است. شاخص نرم شده‌ی برازندگی (NFI) و شاخص برازندگی فزاینده (IFI) مدل پیشنهاد شده را با مدل صفر و یا خط پایه مقایسه می‌کنند و اطلاعاتی در مورد نسبت بهبود ممکن از مدل صفر به بهترین مدل برازندگی حاصل از مدل مفهومی فراهم می‌آورند. مقدار این شاخص‌ها نیز بین صفر و یک قرار می‌گیرد و اندازه‌های نزدیک به یک حاکی از برازش مناسب مدل است. در پژوهش حاضر، شاخص NFI $0/94$ و شاخص IFI $0/98$ بدست آمد که برازش خوب را نشان می‌دهد. شاخص نرم نشده برازندگی (NNFI) یا شاخص تاکر-لویز (TLI) نیز شبیه دو شاخص قبلی است با این تفاوت که دامنه‌ی آن محدود به صفر و یک نیست و مقادیر کمتر از $0/9$ آن مستلزم تجدید نظر در مدل است. در این پژوهش مقدار این شاخص $0/97$ بدست آمد که نشان می‌دهد مدل ساختاری از برازش خوبی برخوردار است.

بعد شخصیتی حمایت کرد. هر یک از متغیرهای مکنون آسیب پرهیزی، خود راهبری و نوجویی با ۴ شاخص اندازه گیری شدند. بارهای عاملی متغیرهای اندازه گیری برای عامل مکنون آسیب پرهیزی، بین $0/48$ تا $0/73$ ، برای عامل مکنون خود راهبری بین $0/69$ تا $0/73$ و برای عامل مکنون نوجویی بین $0/39$ تا $0/64$ بود. بارهای عاملی همه‌ی شاخص‌های متغیرهای مکنون در سطح $0/01$ معنادار بود و این امر نشان دهنده‌ی روایی همگرایی شاخص‌ها می‌باشد. در جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل اندازه گیری ابعاد شخصیتی ارائه شده است. جدول ۳ نشان می‌دهد که مدل اندازه گیری ابعاد شخصیتی از برازندگی قابل قبولی برخوردار است و بر اساس مدل فرضی زیر بنایی معتبر می‌باشد. در جدول ۴ ماتریس همبستگی متغیرهای مکنون ابعاد شخصیت آورده شده است.

پس از تعیین مدل اندازه گیری متغیرهای مکنون، به منظور ارزیابی مدل ساختاری، از روش معادلات ساختاری استفاده شد. در جدول ۵ شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری ارائه شده است. نتایج حاصل از تحلیل مدل ساختاری نشان داد که مقدار مجذور خی برای قضاوت در مورد خطی بودن ارتباط سازه‌های مکنون برابر با $720/69$ بدست آمد. در الگو یابی معادلات ساختاری، مجذور خی نشان می‌دهد که ساختار کوواریانس یافته‌ها با مدل پیشنهادی نظری مطابقت دارد یا خیر. اعداد کوچک‌تر مجذور خی نشان دهنده‌ی برازش مناسب مدل مورد آزمون است. با توجه به بالا بودن نمونه پژوهش از ۲۰۰ نفر، از نسبت خی دو بر درجه آزادی استفاده شده است. در پژوهش حاضر این نسبت برابر با $1/72$ بود. بر اساس این شاخص، عدد حاصل از این نسبت نباید بیشتر از ۳ باشد تا الگو تایید گردد. با توجه به این که نسبت مجذور خی دو به درجه آزادی کمتر از ۳ می‌باشد و مجذور خی دو معنی دار نیست، می‌توان گفت که داده‌های بدست آمده با مدل فرضی مطابقت دارند. شاخص نیکویی برازش (GFI) تطابق کواریانس مشاهده با کواریانس مدل نظری است. میزان این شاخص بین صفر و یک قرار می‌گیرد و هر قدر این میزان به یک نزدیک‌تر باشد، مدل مناسب‌تر و برازنده‌تر است. در این پژوهش، GFI $0/87$ بدست آمد که نشان می‌دهد که مدل نهایی از برازش خوبی برخوردار است. در پژوهش حاضر، مقدار ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب یا جذر

جدول ۱) شاخص های برازندگی مدل اندازه گیری عوامل مکنون اختلالات اضطرابی و افسردگی

شاخص ها	X ²	Df	RMSEA	NFI	NNFI	CFI	IFI	GFI
مدل اندازه گیری	۲۴۰/۱۴	۱۳۹	۰/۰۴	۰/۹۶	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۳

جدول ۲) ماتریس همبستگی متغیر های مکنون عوامل اختلالات اضطرابی و افسردگی

متغیر ها	افسردگی	پانیک	اضطراب فراگیر	وسواسی جبری	فوبی اجتماعی
افسردگی	۱				
پانیک	۰/۵۶*	۱			
اضطراب فراگیر	۰/۶۴*	۰/۵۹*	۱		
وسواسی جبری	۰/۴۷*	۰/۵۳*	۰/۴۵*	۱	
فوبی اجتماعی	۰/۵۶*	۰/۶۱*	۰/۵۴*	۰/۴۰*	۱

جدول ۳) شاخص های برازندگی مدل اندازه گیری ابعاد شخصیتی

شاخص ها	X ²	Df	RMSEA	NFI	NNFI	CFI	IFI	GFI
مدل اندازه گیری	۸۸	۵۱	۰/۰۴	۰/۹۵	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۶

جدول ۴) ماتریس همبستگی متغیر های مکنون عوامل شخصیتی

متغیرها	آسیب پرهیزی	نوجویی	خود- راهبری
آسیب پرهیزی	۱		
نوجویی	۰/۰۷	۱	
خود- راهبری	-۰/۸۱*	-۰/۵۶*	۱

جدول ۵) شاخص های برازندگی مدل ساختاری

شاخص ها	X ²	Df	RMSEA	NFI	NNFI	CFI	IFI	GFI
مدل اندازه گیری	۷۲۰/۶۹	۴۲۰	۰/۰۴	۰/۹۴	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۸۷

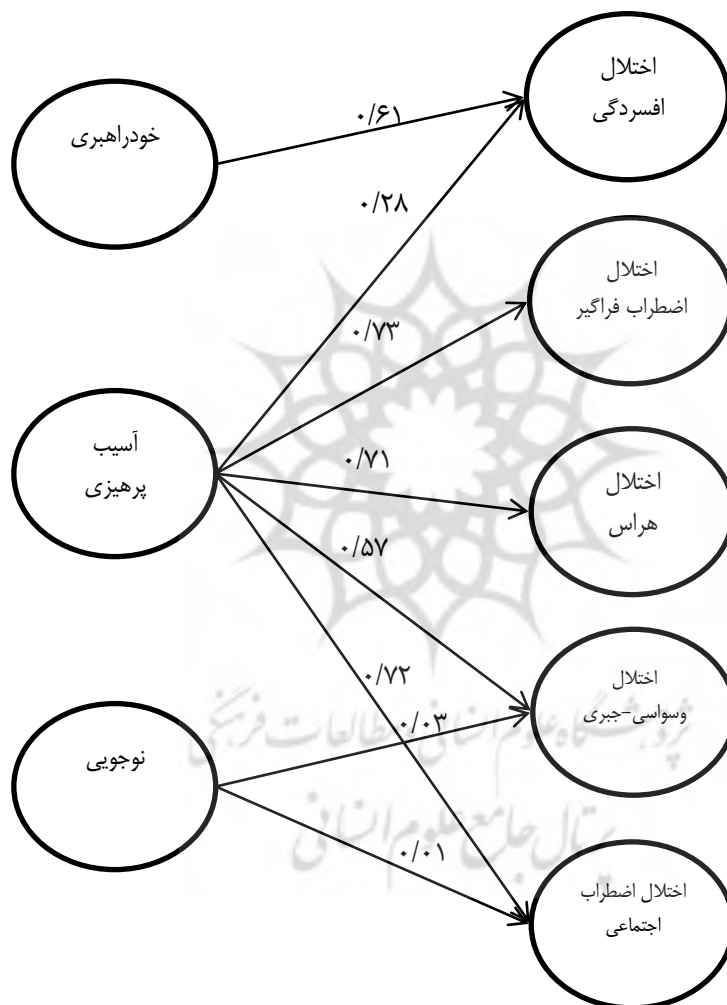
تحلیل سوال های تحقیق

در مدل ساختاری، معناداری ضریب مسیر با استفاده از مقدار t (t-value) مشخص می شود. چنانچه مقدار t بین ۱/۹۶ الی ۲/۵۷ باشد ارتباط دو سازه در سطح ۰/۰۵ معنادار است و اگر مقدار t بیشتر از ۲/۵۷ باشد، معنی داری ارتباط در سطح ۰/۰۱ می باشد. همانطور که نتایج مربوط به آزمون مدل نشان می دهد (شکل ۲) تمام ضرایب مسیر از متغیر برونزا و مستقل آسیب پرهیزی به متغیرهای درونزا و وابسته اختلالات اضطرابی و افسردگی معنی دار است. از این بین، مسیر مستقیم بین آسیب پرهیزی و اختلال اضطراب فراگیر (GAD) بالاترین ضریب را به خود

اختصاص داده است (t=۱۵/۱۵ و t=۷/۳) و کمترین ضریب متعلق به مسیر آسیب پرهیزی و اختلال افسردگی است (t=۲/۷۶ و t=۰/۲۸). در این پژوهش ضریب مسیر آسیب پرهیزی و اختلال پانیک ۰/۷۱ (t=۱۰/۴۰)، آسیب پرهیزی و اختلال وسواسی-جبری ۰/۵۷ (t=۸/۸۰) و آسیب پرهیزی و اختلال فوبی اجتماعی ۰/۷۲ (t=۱۲/۹۶) بود. با توجه به نتایج بدست آمده در مورد ضرایب مسیر آسیب پرهیزی و متغیرهای درونزا می توان مطرح کرد که عامل آسیب پرهیزی (آسیب پرهیزی) عاملی پیش بین برای همه اختلالات اضطرابی و افسردگی است. به

است. بر اساس این نتایج سوال دوم این تحقیق تایید می‌شود. همچنین نتایج نشان می‌دهد که ضرایب مسیر بین متغیر برونزا و مستقل نوجویی و متغیرهای وابسته OCD و SAD معنادار نیست. ضریب مسیر بین نوجویی و اختلال وسواسی-جبری 0.03 ($t=0.48$) و ضریب مسیر بین نوجویی و اختلال فوبی اجتماعی 0.01 ($t=0.22$) بود. این نتایج سوال سوم این پژوهش را رد کرد.

عبارت دیگر آسیب پرهیزی ویژگی مشترک اختلالات هیجانی است و عمدتاً مسئول همپوشی مشاهده شده بین اختلالات هیجانی است. از این رو سوال اول این پژوهش تایید می‌شود. نتایج مربوط به آزمون مدل نشان می‌دهد که ضریب مسیر بین متغیر برونزای خود راهبری و متغیر درونزای افسردگی در سطح 0.01 معنادار است ($t=-5.87$) و $\beta=-0.61$). با توجه به این یافته می‌توان مطرح کرد که خود راهبری عامل پیش بین و اختصاصی برای افسردگی



شکل ۲: مدل معادلات ساختاری

بحث

به یک میزان نبود. به طوریکه بیشترین ضریب مسیر بدست آمده مربوط به رابطه‌ی آسیب پرهیزی و اختلال اضطراب فراگیر و کمترین ضریب مسیر مربوط به رابطه‌ی آسیب پرهیزی و اختلال افسردگی است. این یافته‌ها نشان می‌دهد

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آسیب پرهیزی، عامل مشترک همه اختلالات اضطرابی و افسردگی است. با وجود معنادار بودن تمام روابط بین آسیب پرهیزی و اختلالات هیجانی، اندازه ضریب مسیر بین اختلالات و آسیب پرهیزی

را از افسردگی محافظت می‌کند. کلونینگر و همکارانش [۶۷] معتقدند، افراد دارای خود راهبری بالا منبع کنترلشان درونی است، این افراد در حل مسئله، مسئولیت پذیر، کاردان، مبتکر و هدفمند هستند. به عبارت دیگر این افراد خود-کنترلی بالایی دارند و قادر هستند رفتارهای خودشان را در مقابل پیامدهای بهتر به تاخیر بیندازند [۶۸].

در مورد رابطه‌ی آسیب پرهیزی و فوبی اجتماعی نتایج مطالعه ما همراستا با مطالعات دیگران است که در آنها به سطوح بالای آسیب پرهیزی در بیماران فوبی اجتماعی اشاره شده است [۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۶، ۳۷، ۳۸]. فاهلن [۷۱] معتقد است که فوبی اجتماعی هم به وسیله صفات شخصیتی اختصاصی مثل حساسیت شدید بین فردی و هم به وسیله صفات شخصیتی مثل آسیب پرهیزی که کمتر اختصاصی هستند و در بسیاری از اختلالات اضطرابی و خلقی مشترک است، مشخص می‌شود. لاجنر و همکاران [۳۲] برای آسیب پرهیزی دو نقش احتمالی را در نظر می‌گیرند: اول این که آسیب پرهیزی می‌تواند به عنوان یک اندوفونتیپ در نظر گرفته شود که دارای پایه‌های ژنتیکی است و فرد را نسبت به اختلال فوبی اجتماعی آسیب پذیر می‌کند. دوم این که نمرات متفاوت بیماران فوبی اجتماعی در آسیب پرهیزی، بازتاب علائم اصلی و کلیدی این اختلال است. بیماران فوبی اجتماعی بیمارانی هستند که از بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند و عمدتاً در این موقعیت‌ها رفتارهای تصنعی از خود نشان می‌دهند تا از این طریق اضطراب خود را کنترل کنند. این ویژگی‌ها عمدتاً در افراد دارای آسیب پرهیزی بالا دیده می‌شود [۳۴]. هافمن و لوح [۷۰] معتقد هستند که کم رویی و بازداری رفتاری دو ویژگی اصلی آسیب پرهیزی هستند و از این رو این سازه شبیه سازه مزاجی بازداری رفتاری کاگان است که با اجتناب رفتاری، بازداری و کم رویی در کودکان مشخص می‌شود. مطالعات طولی نشان داده‌اند که بین بازداری رفتاری در کودکی و کم رویی و اضطراب اجتماعی در مراحل بعد زندگی، رابطه وجود دارد.

در مورد رابطه‌ی بین نوجویی و فوبی اجتماعی، یافته‌های مطالعه ما نشان داد که بین نوجویی و فوبی اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد. این یافته متناقض با یافته‌های دیگران است که نشان داده‌اند که بیماران فوبی اجتماعی

که همه‌ی اختلالات اضطرابی و افسردگی هر کدام به درجاتی توسط بعد شخصیتی آسیب پرهیزی متاثر می‌شوند. در واقع نتایج نشان می‌دهند که آسیب پرهیزی را می‌توان به عنوان عامل آسیب پذیری در نظر گرفت که مسئول همپوشی مشاهده شده بین اختلالات هیجانی است. از سوی دیگر نتایج مطالعه ما نشان داد که در چهارچوب مدل کلونینگر، بعد شخصیتی خود راهبری را می‌توان به عنوان عامل اختصاصی اختلال افسردگی در نظر گرفت. با این حال نتایج مطالعه ما روابط معناداری را بین بعد شخصیتی نوجویی و اختلال فوبی اجتماعی و اختلال وسواسی - جبری نشان نداد.

در مورد رابطه‌ی بین افسردگی با ابعاد آسیب پرهیزی و خود راهبری نتایج مطالعه ما همراستا با نتایج مطالعات دیگران است [۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۴، ۲۷]. این مطالعات نشان داده‌اند که آسیب پرهیزی بالا و خود راهبری پایین عامل خطری است برای رشد افسردگی و این که چنین ابعادی فرد را نسبت به افسردگی آسیب پذیر می‌کند. در مدل کلونینگر آسیب پرهیزی، به تمایل ارثی در مهار رفتار، در پاسخ به پیام‌های تنبیه و فقدان پاداش اشاره دارد. بر اساس این مدل افرادی که آسیب پرهیزی بالایی دارند، عمدتاً محتاط، تنش زده، عصبی و نگران هستند، مهار اجتماعی بالایی دارند، در انجام امور شک می‌کنند، به انتقاد و تنبیه حساس هستند و خستگی پذیری بالایی دارند. در مطالعه فارمر و سیلی [۲۸] که یک مطالعه طولی بود، نتایج نشان داد که از بین ابعاد شخصیتی مدل کلونینگر آسیب پرهیزی تنها پیش بینی کننده افسردگی در طول زمان بود. نتایج مطالعه ما نشان داد که از بین ابعاد آسیب پرهیزی و خود راهبری، خود راهبری بیشترین ارتباط را با افسردگی دارد. این نتایج همراستا با نتایجی است که بر اساس مطالعات طولی نشان داده‌اند که خود راهبری پایین، افسردگی آتی را پیش بینی می‌کند [۱۹، ۲۵]. مطابق با مدل کلونینگر [۶۷] مفهوم اساسی خود راهبری، خود رایی و توان اراده و تصمیم گیری است. نیتو و همکاران، [۲۵] معتقدند خود راهبری شامل توانایی فرد در مدیریت رفتار است تا خود را با موقعیت‌های جدید تطبیق دهد و از این طریق به اهداف و ارزش‌های خود برسد. در فرایند رشد این توانایی، فرد به امکانات و تسهیلات روان شناختی نائل می‌شود که او

شدن نسبی ارتباط بین این مدار در طول پردازش ادراکی محرک‌های ترسناک و فقدان نسبی بازداری و کنترل مغزی فعالیت آمیگدال، ممکن است عامل آسیب پذیر نروبیولوژیکال آسیب پرهیزی و اختلال وسواسی جبری باشد.

در مورد رابطه‌ی بین اختلال وسواسی جبری با نوجویی، نتایج مطالعه ما نشان داد که بین نوجویی و اختلال وسواسی جبری رابطه‌ی معناداری وجود ندارد. این نتایج، متناقض با یافته‌های دیگران است که نشان داده‌اند بیماران دارای اختلال وسواسی جبری دارای نمرات پایین در نوجویی هستند [۳۶، ۳۹، ۷۴]. مرور ادبیات تحقیق در این زمینه نشان می‌دهد که در بعضی از مطالعات نمرات پایین نوجویی از نظر آماری معنادار نیست [۳۵، ۳۸] و در مطالعات دیگر بین نوجویی و اختلال وسواسی جبری هیچگونه رابطه‌ای گزارش نشده است [۳۷، ۷۳، ۷۵]. آلونسو و همکاران، [۷۴] مطرح می‌کنند که یافته‌های متناقض در مورد نقش عوامل شخصیتی به ویژه نوجویی ناشی از ناهمگنی اختلال اختلال وسواسی جبری است. آن‌ها معتقد هستند که ممکن است روابط مختلفی بین ابعاد شخصیتی و علائم اختصاصی اختلال وسواسی جبری وجود داشته باشد. به عنوان مثال نتایج مطالعات نشان می‌دهد که از بین زیر مقیاس‌های علائم اختلال وسواسی جبری، علائم اختکار بیشترین ارتباط را با آسیب پرهیزی و خود راهبری دارد [۷۴، ۷۵]. در همین راستا ایوارسون و وینگ-وستهلم نشان دادند که کودکان و نوجوانان دارای اختلال وسواسی جبری دارای دو نوع زیر گروه مزاجی هستند. نوع اول عمدتاً با عدم بازداری مشخص می‌شود و ویژگی نوع دوم بازداری بیش از حد است [۷۴]. به خاطر چنین ناهمگنی، بسیاری از محققان تلاش کرده‌اند تا اختلال اختلال وسواسی جبری را بر اساس ابعاد علامتی پایدار و با ثباتی طبقه بندی کنند و به گروه‌های همگن‌تری برسند [۷۵].

در مورد رابطه‌ی بین آسیب پرهیزی و اختلال پانیک، نتیجه‌ی مطالعه ما همراستا با مطالعات دیگران است که به نقش آسیب پرهیزی بالا در این اختلال اشاره شده است [۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۷۷، ۷۸]. مرور ادبیات تحقیق در این زمینه نشان می‌دهد که در تبیین این رابطه به چند بحث توجه شده است. شیوع بالای اختلالات شخصیت به ویژه

دارای نمرات پایین نوجویی هستند. در تفسیر این یافته می‌توان به ویژگی‌های ناهمگن اختلال فوبی اجتماعی اشاره کرد که ممکن است نتایج را تحت تاثیر قرار دهد. به عنوان مثال، تحقیقات به دو نوع اضطراب اجتماعی تعاملی و عملکردی اشاره دارد و یا در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی دو نوع اختلال فوبی اجتماعی بنام فراگیر و غیر فراگیر یا اختصاصی از هم متمایز شده است. علاوه بر این، کاشدان و همکاران [۷۲] در مطالعه خود به دو زیر گروه متمایز اختلال اضطراب اجتماعی به ویژه در بیماران فوبی اجتماعی فراگیر اشاره می‌کند. گروه اول با ترس اجتماعی و الگوهای اجتنابی شدید و با نمرات پایین نوجویی مشخص می‌شود؛ و گروه دوم عمدتاً بیمارانی هستند که دارای نمرات نوجویی بالایی هستند. این گروه از بیماران عمدتاً رفتارهای تکانشی و خود آسیب زنی دارند و احتمال سوء مصرف مواد در این زیر گروه بالاتر است. کاشدان و همکاران [۷۱] بیان می‌کنند که این دو گروه از نظر شدت اضطراب اجتماعی هیچ تفاوتی با هم ندارند. این نتایج نشان می‌دهد که اختلال فوبی اجتماعی اختلالی ناهمگن است و این که هر یک از این ویژگی‌ها ممکن است به صورت‌های مختلف با ویژگی‌های شخصیتی ارتباط داشته باشد.

در زمینه رابطه‌ی بین اختلال وسواسی جبری و آسیب پرهیزی، نتایج ما همراستا با نتایج مطالعات دیگران است که عمدتاً به نقش آسیب پرهیزی تاکید شده است [۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۷۳، ۷۴، ۷۵]. اتلت و همکاران [۷۶] معتقدند که آسیب پرهیزی یک صفت شخصیتی ژنتیکی است که دارای پایه‌های نورواناتومی است. از یک سو نتایج آن‌ها نشان داد که بیماران اختلال وسواسی جبری و خانواده‌های درجه اول آن‌ها سطوح بالای آسیب پرهیزی را از خود نشان می‌دهند. این یافته، از فرض وجود یک صفت وابسته به اضطراب در خانواده‌های بیماران اختلال وسواسی جبری حمایت می‌کند. این آمادگی ارثی باعث می‌شود که وقتی چنین افرادی با موقعیت‌ها و محرک‌های ناآشنا و پر استرس روبرو می‌شوند، اضطراب بیش از حد از خود نشان می‌دهند. از سوی دیگر، مطالعات تصویر برداری مغز نشان می‌دهد که بین کمربند پریگنال و آمیگدال در مغز یک ارتباط قوی وجود دارد. این مدار در مغز در طول پردازش ادراکی محرک‌های ترسناک فعال می‌شود. اتلت و همکاران [۷۶] فرض می‌کنند که قطع

گزارشی^۲ بود. سوما نمونه‌ی مورد بررسی در این مطالعه، نمونه‌ی بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی بود لذا این امر تعمیم پذیری نتایج به سایر نمونه‌ها و گروه‌ها را محدود می‌کند.

به منظور تحقیقات بیشتر در آینده، موارد زیر به عنوان پیشنهادات پژوهشی ارائه می‌شود:

به منظور مشخص کردن روابط علی بین عوامل شخصیت و آسیب شناسی روانی، به کار گیری مطالعات طولی که در آن امکان پیگیری بیماران وجود دارد، پیشنهاد می‌شود.

پیشنهاد می‌شود این مطالعه روی گروه‌ها و جمعیت‌های دیگر مثل گروه کودکان و جمعیت‌های بهنجار انجام شود.

به منظور بررسی الگوهای جدیدی از روابط، پیشنهاد می‌شود که روابط ساختاری ابعاد شخصیتی مدل کلونینگر و اختلالات هیجانی در سطوح زیر مقیاس‌ها مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- 1- Clark LA, Watson D, Reynolds S. Diagnosis and classification of psychopathology: challenges to the current system and future directions. *Annu Rev Psychol.* 1995; (46): 121-53.
- 2- Clark DA, Beck AT, Stewart B. Cognitive specificity and positive negative affectivity: complementary or contradictory views on anxiety and depression? *J Abnorm Psychol.* 1990; (99): 148-55.
- 3- Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1995; (63): 408-18.
- 4- Hudson JI, Pope HG. Affective spectrum disorder : does antidepressant response identify a family of disorder with a common pathophysiology ? *Am J psychiatry.* 1990; (147): 552-64.
- 5- Bakhshipour Roodsari A, Dejkam M, Mehryar AH, Birashk B. Structural Relationships between Dimensions of DSM-IV Anxiety and Depressive Disorders and Dimensions of Tripartite Model. *J Psychiatry Clin Psychol.* 2004;(4):63-76.[in Persian]
- 6- Tellegen A. Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In Tuma AH, Maser J. *Anxiety and the Anxiety Disorders.* Eds. Hillsdale, NJ: Erlbaum;1985. pp. 681-06.
- 7-Watson D, Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychol Bull.* 1985;(98): 219-35.
- 8-Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: evidence and taxonomic

اختلال شخصیت کلاستر C و اختلالات همپوش اضطرابی و خلقی در بیماران دارای اختلال پانیک باعث شده است بعضی از محققان چنین نتیجه گیری کنند که افزایش نمرات آسیب پرهیزی ممکن است به خاطر وجود چنین شرایطی باشد. در واقع این محققان پیشنهاد می‌کنند که آسیب پرهیزی بالا در بیماران پانیک ممکن است با شدت علامت شناسی مرتبط باشد زیرا شدت حالت‌های اضطرابی، نمرات آسیب پرهیزی را متاثر می‌کند [۷۷، ۷۹]. اما محققان دیگر بعد از کنترل کردن اختلالات همپوش باز هم نمرات بالای آسیب پرهیزی در این بیماران را گزارش کرده‌اند [۴۰، ۴۳]. ساویوتی و همکاران [۴۲] و مارچسی و همکاران [۷۸] پیشنهاد کرده‌اند که افزایش آسیب پرهیزی به خاطر علائم اضطراب باقی مانده در بیماران پانیک است. این علائم باقی مانده عمدتاً با نگرانی از وقوع مجدد حملات مرتبط است.

در مورد رابطه‌ی بین آسیب پرهیزی و اختلال اضطراب فراگیر، نتایج مطالعه ما همراستا با مطالعات قبلی است که عمدتاً به نقش آسیب پرهیزی در این اختلال اشاره کرده‌اند [۴۰، ۴۱، ۸۰، ۸۱]. نتایج مطالعه ما نشان داد که از بین اختلالات اضطرابی و افسردگی، آسیب پرهیزی بیشترین ارتباط را با اختلال اضطراب فراگیر دارد. براون، کورپیتا و بارلو [۱۱] نشان داده‌اند که اختلال اضطراب فراگیر نوعی اختلال هیجانی بنیادی است. این اختلال شامل ویژگی‌هایی مثل نگرانی مزمن و عاطفه منفی است که به درجاتی در همه‌ی اختلالات هیجانی وجود دارد. واتسون و همکاران [۸۲] نیز از نظر نظری فرض کرده‌اند که آسیب پرهیزی عمدتاً با اختلالاتی که مبتنی بر رنج و پریشانی هستند، بیشتر ارتباط دارد تا اختلالاتی که مولفه‌ی رنج و پریشانی آن‌ها کمتر است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

اولاً از آنجا که مطالعه حاضر از نوع مطالعات عرضی^۱ است، از این رو استنباط روابط علی بین متغیرها غیر ممکن است. دوماً ابزارهایی که در این مطالعه برای اندازه گیری متغیرها مورد استفاده قرار گرفته است، از نوع ابزارهای خود

2. Self- report

1 .Cross-sectional

- implications. *J Abnorm Psychol.*1991; (100): 316-36.
- 9-Barlow DH. The nature of anxiety: anxiety, depression, and emotional disorders. In Rapee, RM, Barlow DH. *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression*, Eds. New York: Guilford;1991. p. 1-28.
- 10-Brown TA, Barlow DH. Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *J Consult Clin Psychol.*1992; (60): 835-44.
- 11-Brown TA, Chorpita BF, Barlow DH. Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *J Abnorm Psychol.*1998; (107): 179-92.
- 12-Mineka S, Watson D, Clark LA. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annu Rev Psychol.*1998; (49): 377-412.
- 13-Kotov R. Extension of The Hierarchical Model Of Anxiety And Depression To The Personality Domain. Unpublished Doctoral Dissertations, University of Iowa. 2006.
- 14-Watson D. *Mood and temperament*. New York, NY: The Guilford Press.2000
- 15-Hansenne M, Pitchot W, Gonzales Moreno A, Machurot PY, Ansseau M. The Tridimensional Personality Questionnaire [TPQ] and depression. *Eur Psychiatry.*1998; (13):101° 03.
- 16-Peirson AR, Heuchert JW. The relationship between personality and mood: comparison of the BDI and the TCI. *Person Individ Dif.* 2001;(30):391° 99.
- 17-Richter J, Polak T, Eisemann M. Depressive mood and personality in terms of temperament and character among the normal population of depressive inpatients. *Person Individ Dif.* 2003; (35):917° 27.
- 18-Smith DJ, Duffy L, Stewart ME, Muir WJ, Blackwood DH. High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. *J Affect Disord.*2005; (87): 83° 9.
- 19-Nery FG, Hatch JP, Nicoletti MA, Monkul ES, Najt P, Matsuo K, Cloninger CR, Soares JC. Temperament and character traits in major depressive disorder : influence of mood state and recurrence of episodes. *Depress Anxiety.*2009; (26):382° 88.
- 20-Celikel FC, Kose S, Cumurcu BE, Erkorkmaz U, Sayar K, Borckardt, JJ, Cloninger CR. Cloninger's temperament and character dimensions of personality in patients with major depressive disorder. *Compr Psychiatry.*2009; (50): 556° 61.
- 21-Richter J, Eisemann M, Richter G. Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000;(250):40° 7.
- 22-Marijnissen G, Tuinier S, Sijben AE, Verhoeven WM. The temperament and character inventory in major depression. *J Affect Disord.*2002(70):219° 23.
- 23-Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura, S, Takahashi T, Sakado K, Uehara T. Evaluating the state dependence of the Temperament and Character Inventory dimensions in patients with major depression: a methodological contribution. *J Affect Disord.*2002; (69):31° 38.
- 24-Hansenne M, Bianchi J. Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects. *Psychiatry Res.*2009; (166): 63° 68.
- 25-Naito M, Kijima N, Kitamura T. Temperament and Character Inventory [TCI] as predictors of depression among Japanese college students. *J Clin Psychol.*2000 (56):1579° 585.
- 26-Elovainio M, Kivimaki M, Puttonen S, Heponiemi T, Pulkki L, Keltikangas-Jarvinen L. Temperament and depressive symptoms: a population-based longitudinal study of Cloninger's psychobiological temperament model. *J Affect Disord.*2004; (83):227° 32.
- 27-Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord.*2006; (92):35° 44.
- 28-Farmer R F, Seeley JR. Temperament and character Predictors of depressed mood over a 4 year interval. *Depress Anxiety.*2009; (26):371° 81.
- 29-Kim S, Hoover K. Tridimensional Personality Questionnaire. Assessment in patients with social phobia and control group. *Psychol Rep.* 1996;(78): 43° 9.
- 30-Chatterjee S, Sunitha T, Velayudhan A, Khanna S. An investigation into the psychobiology of social phobia: personality domains and serotonergic function. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*1997;(95): 544° 50.
- 31- Pelissolo A, Andre C, Pujol H, Yao SN, Servant D, Braconnier A. Personality dimensions in social phobics with or without depression. *Acta Psiquiatr. Scandinavica.*2002; (105):94-103.
- 32- Lochner C, Hemmings S, Seedat S, Kinnear C, Schoeman R, Annerbrink K, Olsson M, Eriksson E, Moolman-Smook J, Allgulander C, Stein DJ. Genetics and personality traits in patients with social anxiety disorder: A case-control study in South Africa. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2007;(17): 321° 27.
- 33- Mörtberg E, Bejerot S, Wistedt AA. Temperament and character dimensions in patients with social phobia: Patterns of change following treatments?. *Psychiatry Res.*2007; (152): 81° 90.
- 34- Savoia MG, Neto TPB, Vianna AM, Márcio Bernik M. Evaluation of personality traits in social phobia patients. *Rev Psiq Clín.*2010; (37):57-9.

- 35- Pfohl B, Black D, Noyes JR, Kelley M, Blum N. A test of the tridimensional personality theory: association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*.1990; 28(1) :41-6.
- 36- Lyoo IK, Yoon T, Kang DH, Kwon JS. Patterns of changes in temperament and character inventory scales in subjects with obsessive-compulsive disorder following a 4-month treatment. *ActaPsychiatr Scand*.2003; 107(4) :298-304.
- 37- Bejerot S, Schlette P, Ekselius L, Adolfsson R, von Knorring L, Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Acta Psychiatr Scand*.1998; (98): 243° 49.
- 38- Richter MA, Summerfeldt LJ, Joffe RT, Swinson RP. The Tridimensional Personality Questionnaire in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*.1996; 65(3) :185-8.
- 39- Kusunoki K, Sato T, Taga C, Yoshida T, Komori K, Narita T, Hirano S, Iwata N, Ozaki N. Low novelty-seeking differentiates obsessive compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatr Scand*.2000; 101(5) :403-5.
- 40- Cowley DS, Roy-Byrne PP, Greenblatt DJ, Hommer DW. Personality and benzodiazepine sensitivity in anxious patients and control subjects. *Psychiatry Res*.1993;(47):151- 62.
- 41- Starcevic V, Uhlenhuth,EH, Fallon B, Pathak D. Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *J Affect Disord*.1996; (37): 75° 79.
- 42- Saviotti FM, Grandi SA, Savron G, Ermentini R, Bartolucci G, Conti S, Fava GA. Characterological traits of recovered patients with panic disorder and agoraphobia *J Affect Disord*.1991; (23): 113° 17.
- 43- Wiborg IM, Falkum E, Dahl AA, Gullberg C. Is harm avoidance an essential feature of patients with panic disorder. *Compr Psychiatry*.2005; 46(4) :311-4.
- 44- Wachleski C, Salum GA, Blaya C, Kipper L, Paludo A, Salgado AP, Manfro GG. Harm avoidance and self-directedness as essential features of panic disorder patients. *Compr Psychiatry*.2008;(49): 476-81.
- 45- Rettew DC, Doyle AC, Kwan M, Stanger C, James J, Hudziak JJ. Exploring the boundary between temperament and generalized anxiety disorder: A receiver operating characteristic analysis. *Anxiety Disord*.2006; (20): 931° 45.
- 46-Cloninger CR. Brain networks underlying personality development. In Carroll BJ Barrett JE. *Psychopathology and the Brain*. eds. New York: Raven Press; 1991. p. 183° 08.
- 47- Cloninger CR. Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol*.1994; (4):266-73.
- 48- Gana K, Trouillet R. Structure invariance of the Temperament and Character Inventory (TCI). *Person Individ Dif*.2003; (35): 1483° 495.
- 49-kaviani H, Pournaseh M, Validity, and Normalization of the temperament and character Inventory (TCI) in Iranian population. *Tehran Univ Med J*.2011;63(2): 89-98.[in Persian]
- 50-Beck AT, Steer RA, Brown G K. *Manual for the Beck Depression Inventory ° II*. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company San Antonio.1996.
- 51-Fata L, Birashk B, Atefvahid M, Dabson K. Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *J Psychiatry Clin Psycholo*. 2005; 11 (3) :312-26. [in Persian]
- 52- Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Eberahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory-second edition: BDI-II-Persian. *Depress anxiety*.2005;(21): 185-92.
- 53- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther*.1990; 28(6): 487° 95.
- 54- Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in acinical anxiety disorders sample. . *Behav Res Ther*.,1992; 30(1): 33° 37.
- 55-Borkovec TD, The nature, Functions, and origins of worry. In Davey GCL., Tallis F., *Worrying: Perspectives on theory, Assessment and treatment*. Chichester: Wiley; 1994. p. 5° 33.
- 56- Stober J. Reliability and validity of two widely used worry questionnaires: Self-report and self-peer convergence. *Person Individ Dif*.1998; 24(6) : 887° 90.
- 57- Fresco DM, Heimberg RG, Mennin DS, Turk CL. Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther*.2002; 40(3) : 313° 23.
- 58- Dehshiri GHR, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. Psychometrics Particularity of Farsi Version of Pennsylvania State Worry Questionnaire for College Students. *J Clin Psychol*. 2010;1 (4):67-75.[in Persian]
- 59- Rachman SJ, Hodgson RS. *Obsessions and compulsions*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.1980.
- 60- Mahmoud aliluo M, Byrami M, Hashemi NusratAbad T,Bakhshipour Roodsari A. Memory and memory confidence in obsessive-compulsive disorder and Obsessive Compulsive personality disorder. *New psycholo res*. 2007;(6): 133-45.[in Persian]

- 61- Dadfar M. Comorbidity of personality disorders in patients with obsessive compulsive And compared them with normal subjects. Master's thesis in clinical psychology. Tehran Psychiatric Institute. 1997. [in Persian]
- 62- Peterson RA, Reiss S. Anxiety Sensitivity Index Manual. Worthington, OH: International Diagnostic Systems. 1992.
- 63- Gaseminejad M, Zargar Y, Mehrbizadeh Honarmand M. Anxiety sensitivity index (ASI): translation and valuation study of the Iranian version and Relationship with general health in asthma patients. The 8th Biennial Congress of Iranian Society of Asthma and Allergy. Shiraz University of Medical Science Nov, 2011, 2-4 .
- 64- Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. Br J Psychiatry. 2000; (176): 379° 86.
- 65- Abdi R, Birshak B, Mahmoud aliluo ,M, Ashgharnejad farid AA. Interpretation bias in social phobia. New psycholo res. 2006; (4): 143-159. [in Persian].
- 66- Sharif V, Assadi M, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID): Persian Translation and Cultural Adaptation. Iran J Psychiatry 2007; (1): 46-8
- 67- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological Model of Temperament and Character. Arch Gen Psychiatry. 1993; (50): 975° 90.
- 68- Corchs F, Corregiari F, Ferrão Y, Takakura T, Mathis ME, Antonio Carlos Lopes AC, Miguel EC, Márcio Bernik M. Personality traits and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30(3) :246-50.
- 69- Marteinsdottir I, Tilstors M, Furmark T, Anderberg U, Ekselius L. Personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory (TCI) in subjects with social phobia. Nord J Psychiatry. 2003; 57(1): 29-35.
- 70- Hofmann SG, Loh R. The Tridimensional Personality Questionnaire: changes during psychological treatment of social phobia. J Psychiatric Res. 2006; (40): 214° 20.
- 71- Fahlén T. Personality traits in social phobia, I: comparisons with healthy controls. J Clin Psychiatry. 1995; (56): 560° 68.
- 72- Kashdan TB, Hofmann SF. The high novelty-seeking, impulsive subtype of generalized social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2008; (25): 535-41.
- 73- Cruz-Fuentes C, Blas C, Gonzalez L, Camarena B, Nicolini H. Severity of obsessive-compulsive symptoms is related to self-directedness character trait in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 2004; 9(8) :607-12.
- 74- Alonso P, Menchon JM, Jimenez S, Segalas J, Mataix-Cols D, Jaurrieta N, Labad J, Vallejo J, Cardoner N, Pujol J. Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: relation to clinical variables *Psychiatric Res*. 2008; 157(1-3) :159-68.
- 75- Kim SJ, Kang JI, Kim CH. Temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2009; (50): 567° 72.
- 76- Ettelt S, Grabe HJ, Ruhrmann S. Harm avoidance in subjects with obsessive-compulsive disorder and their families. *J Affect Disord*. 2008; (107): 265° 69.
- 77- Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Maggini C. Temperament and personality features in panic disorder with or without comorbid mood disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; (95): 420° 23.
- 78- Marchesi C, Panfilis CD, Cantoni A, Giannelli MR, Carlo Maggini C. Effect of pharmacological treatment on temperament and character in panic disorder. *Psychiatry Res* . 2008; (158): 147° 54.
- 79- Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Ghinaglia E, Scardovi F, Codeluppi S, Carlo Maggini C. Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *J Affect Disord*. 1999; (52): 203° 07.
- 80- Allgulander C, Cloninger CR, Przybeck TR, Brandt L. Changes on the Temperament and Character Inventory after paroxetine treatment in volunteers with generalized anxiety disorder. *Psychopharmacolo Bull*. 1998; (34): 165° 66.
- 81- Rettew DC, McKee L. Temperament and Its Role in Developmental Psychopathology. *Hary Rev Psychiatry*. 2005; (13): 14° 27.
- 82- Watson D, Gamez W, Simms LJ. Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom based perspective. *J Res Pers*. 2005; 39(1) 46-66.

Structural Relation of Temperament and Character Components of Personality with Emotional Disorders

Fathollahi, S.M.A.*, Bakhshipour, Rudsari.A. Ph.D., Hashemi, Nosratabadi, T. Ph.D., Farnam, A. M.D. Vosughi, A. M.A.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine common factors and specific factors of anxiety and depression disorders are based on temperament and character components in Consigner s model.

Method: The study sample included 313 patients who were selected by random sampling. Data from this study, using questionnaires temperament and character Inventory, Beck Depression Inventory, Anxiety Sensitivity Index, Penn State Worry Questionnaire, Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory and Social Phobia Inventory were collected. For data analysis, confirmatory factor analysis and structural equation modeling was used.

Results: Results from Structural equation modeling showed that Harm Avoidance factor has a significant relation with all anxiety symptoms also with Depression. Furthermore Harm Avoidance is the predicting factor for all Depression and Anxiety disorders. Results also showed, there is significant relation between Self-Directedness and depression. Moreover, structural model results showed that low Novelty Seeking is not specific factor for OCD and social phobia.

Conclusion: The results showed that Harm Avoidance is common factor between anxiety and depression disorders and primarily is responsible for the observed overlap between these disorders. On the other hand, Results indicated that Self-Directedness factor is specific features of depression.

Keywords: Structural Relations, Temperament and Character Components, Emotional Disorders



* Correspondence E-mail:
Siamak.fatollahi@Gmail.com