

به نام خدایی که همین نزدیکی هست



دانشگاه تبریز  
دانشکده‌ی روانشناسی  
گروه روانشناسی

پایان نامه

جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی

عنوان:

روابط ساختاری صفات شخصیتی با طیف برونی‌ساز در الگوی سلسله مراتبی تلفیقی

استاد راهنما:

دکتر عباس بخشی‌پور

اساتید مشاور:

دکتر مجید محمود علیلو

دکتر علیرضا فرنام

پژوهشگر:

رویا همایونی

بهمن ۱۳۹۰

تقدیم به خانواده دوست داشتنی ام  
تقدیم به خانواده دوست داشتنی ام

## سپاس از

دکتر عباس بخشی پور

دکتر مجید محمود علیلو

دکتر تورج هاشمی

دکتر رضا عبدی

آقای تقی زاده

آقای اصغر وثوقی

و سپاس ویژه از پدر بزرگوار و مادر فداکارم، مهربان فرشتگانی که لحظات ناب باور بودن، لذت و غرور دانستن، جسارت خواستن، عظمت رسیدن و تمام تجربه‌های یکتا و زیبای زندگی‌ام مدیون حضور سبز آنهاست.

نام خانوادگی دانشجو: همایونی	نام دانشجو: رویا
عنوان پایان نامه: روابط ساختاری صفات شخصیتی و طیف برونی ساز در الگوی سلسله مراتبی تلفیقی	
استاد راهنما: دکتر عباس بخشی پور	
استاد مشاور: دکتر مجید محمود علیلو	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی	دانشگاه: سراسری تبریز
گرایش: بالینی	
تاریخ فارغ التحصیلی: ۱۳۹۰/۱۱/۱۸	تعداد صفحه: ۸۷
کلیدواژه‌ها: روابط ساختاری، صفات شخصیتی، طیف برونی ساز، مدل سلسله مراتبی تلفیقی	
چکیده::	
<p>هدف پژوهش حاضر ارزیابی روابط ساختاری ابعاد شخصیتی نئو با علائم اختلالات شخصیت ضداجتماعی، اختلال سلوک، مصرف مواد و وابستگی به الکل، با ارائه‌ی مدل ساختاری مبتنی بر مدل سلسله‌مراتبی تلفیقی است. ابزارهای که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفتند عبارتند از: MCMIII-III برای ارزیابی اختلالات برونی ساز، پرسشنامه‌ی NEO-FFI برای اندازه‌گیری صفات شخصیتی (نوروتیسم، توافق پذیری و باوجدان بودن) که روی ۳۱۵ نفر (۲۱۰ مرد - ۱۰۵ زن) نمونه‌ی معتاد و زندانی اجرا شد. برای اختلال سلوک پرسشنامه‌ی والدین CSI-4 (خرده مقیاس اختلال سلوک) استفاده گردید. تغییرات لازم جهت انطباق آن با شیوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها اعمال گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی روابط بین متغیرها و ارائه‌ی مدل ساختاری، از روش‌های دسته‌بندی، تحلیل عاملی تاییدی، و مدل‌یابی معادلات ساختاری بر پایه‌ی نرم‌افزارهای SPSS 16 و LISREL8.54 استفاده شد. نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که عامل نوروتیسم رابطه‌ی مثبت معنادار با اختلالات طیف برونی ساز و متغیر بازداری (ترکیبی از ۲ عامل توافق‌پذیری و باوجدان بودن) رابطه‌ی منفی معنادار با این طیف دارد. در کل نتایج نشان داد که اختلالات طیف برونی ساز با عامل‌های شخصیتی رابطه دارند. توجه بیشتر به این ساختارها می‌تواند به طور قابل توجهی برای تحقیقات آسیب‌شناسی روانی و کاربست بالینی مفید باشد.</p>	

## فهرست مطالب

عنوان.....	صفحه
فصل ۱.....	۴
۱-۱- بیان مسئله.....	۵
۱-۲- اهمیت و ضرورت.....	۱۱
۱-۳- اهداف پژوهش.....	۱۳
۱-۳-۱- هدف کلی.....	۱۳
۱-۳-۲- اهداف اختصاصی.....	۱۳
۱-۴- فرضیه ها.....	۱۳
۱-۵- متغیر ها.....	۱۴
۱-۵-۱- اختلال سلوک.....	۱۴
۱-۵-۲- اختلال شخصیت ضد اجتماعی.....	۱۴
۱-۵-۳- اختلال مصرف مواد.....	۱۵
۱-۵-۴- اختلال مصرف الکل.....	۱۵
۱-۵-۵- شخصیت.....	۱۶
۱-۵-۶- نوروتیزیسیم.....	۱۶
۱-۵-۷- با وجدان بودن.....	۱۶
۱-۵-۸- توافق پذیری.....	۱۷
۱-۵-۹- برونی سازی.....	۱۷
۱-۵-۱۰- عدم بازداری رفتاری.....	۱۷
فصل ۲.....	۱۸
۱-۲- مقدمه.....	۱۹
۲-۲- شخصیت.....	۲۰
۳-۲- دیدگاه‌هایی درباره‌ی شخصیت.....	۲۰
۴-۲- دیدگاه صفات.....	۲۱
۵-۲- مدل پنج عاملی شخصیت.....	۲۳
۶-۲- شخصیت و آسیب شناسی روانی.....	۲۳
۷-۲- مدل‌های ابعادی.....	۲۶
۸-۲- ساختار پیوندی شخصیت نرمال و غیرنرمال.....	۳۰
۹-۲- آسیب‌شناسی روانی از دیدگاه مدل پنج عاملی.....	۳۳
۱۰-۲- مدل‌های جدید از شخصیت و آسیب‌شناسی.....	۳۴
۱۱-۲- اختلالات برونی‌ساز.....	۳۸

۳۸	.....۲-۱۱-۱- اختلال سلوک
۳۹	.....۲-۱۱-۲- وابستگی به الکل و سوء مصرف الکل
۴۱	.....۲-۱۱-۳- اختلال شخصیت ضداجتماعی
۴۳	.....۲-۱۱-۴- اختلال وابستگی و سوء مصرف مواد
۴۴	.....۲-۱۲- پیشینه پژوهشی
۴۸	..... فصل ۳
۴۹	.....۳-۱- نوع مطالعه:
۴۹	.....۳-۲- جامعه و نمونه آماری و روش نمونه گیری:
۴۹	.....۳-۳- روش جمع آوری داده ها:
۴۹	.....۳-۳-۱- فرم کوتاه پرسشنامه ی تجدیدنظر شده ی نئو (NEO-FFI)
۵۰	.....۳-۳-۲- خرده مقیاس بالینی شخصیت ضداجتماعی میلون
۵۱	.....۳-۳-۳- خرده مقیاس بالینی وابستگی به الکل میلون
۵۱	.....۳-۳-۴- خرده مقیاس بالینی وابستگی به مواد میلون
۵۱	.....۳-۳-۵- مقیاس تشخیصی اختلال سلوک
۵۲	.....۳-۴- روش اجرا:
۵۲	.....۳-۵- روش جمع آوری داده ها:
۵۲	.....۳-۶- روش تجزیه و تحلیل داده ها:
۵۵	..... فصل ۴
۵۶	.....۴-۱- یافته های توصیفی:
۵۷	.....۴-۲- یافته های استنباطی
۵۸	.....۴-۳- مدل اندازه گیری: تحلیل عامل تاییدی
۶۳	.....۴-۴- تحلیل فرضیه ها:
۶۴	.....۴-۵- خلاصه نتایج حاصل از بررسی فرضیات و مدل های پژوهشی
۶۵	..... فصل ۵
۶۶	.....۵-۱- مقدمه
۶۶	.....۵-۲- بحث و نتیجه گیری:
۷۰	.....۵-۳- محدودیت های پژوهش
۷۰	.....۵-۴- پیشنهادها

## فهرست جدول‌ها

- جدول (۱-۴) شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرها..... ۵۶
- جدول (۲-۴) آزمون کالموگروف اسمیرنوف..... ۵۷
- جدول (۳-۴) شاخص‌های برازندگی مدل‌های اندازه‌گیری..... ۵۹
- جدول (۴-۴) ماتریس همبستگی متغیرهای مکنون..... ۶۰
- جدول (۵-۴) ماتریس کوواریانس متغیرهای مشاهده‌ای..... ۶۰
- جدول (۶-۴) شاخص برازندگی مدل ساختاری..... ۶۲

## فهرست شکل‌ها

- شکل (۱-۱) مدل ساختاری فرضی..... ۱۰
- شکل (۱-۴) مدل‌های اندازه‌گیری..... ۵۹
- شکل (۲-۴) مدل ساختاری تایید شده..... ۶۲



# کلیات پژوهش

## ۱-۱- بیان مسئله

مشکلات مصرف مواد<sup>۱</sup>، اختلال سلوک<sup>۲</sup> و اختلال شخصیت ضداجتماعی<sup>۳</sup> در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش چهارم - متن تجدید نظر شده<sup>۴</sup> (DSM-IV-TR) به صورت جداگانه و در بخش‌های متفاوتی مفهوم‌سازی شده است. با این حال تحقیقات وسیعی نشانگر این است که این اختلالات همزمان اتفاق می‌افتد (برای مثال؛ به آرمسترونک<sup>۵</sup> و کوستلو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲؛ مورگن ترن<sup>۷</sup>، لنگربوخر<sup>۸</sup>، لابووی<sup>۹</sup> و میلر<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۷؛ نیوکامب<sup>۱۱</sup>، گالایف<sup>۱۲</sup> و لاک<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۱ رجوع کنید). در واقع نشانگان برون‌ریزی<sup>۱۴</sup> با یکدیگر همبسته هستند، تابلوی بالینی برای یک سندرم برون‌ریزی، پیش‌بینی‌کننده‌ی خوبی برای تابلوی بالینی یک اختلال دیگر است (کروگر<sup>۱۵</sup>، مارکون<sup>۱۶</sup>، پاتریک<sup>۱۷</sup> و یاکونو<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۵). این در حالی است که طبقه‌بندی‌های DSM از ویرایش سوم تا به حال (ویرایش-های سوم، سوم تجدیدنظر شده، چهارم و چهارم متن تجدیدنظر شده) معیارهای آشکار و روشنی برای شمار زیادی از اختلالات روانی طبقه‌ی خاص وصف میکند و بر این اساس، محققان و درمانگران اختلال‌های روانی ذکر شده در DSM-IV-TR را به نحوی تشخیص داده و درمان

---

1- substance problems

2- conduct disorder

3- antisocial personality disorder

4- diagnostic and statistical manual of mental disorders (text revision; DSM-IV-TR)

5- Armstrong, T. D.

6- Costello, E. J.

7- Morgenstern, J.

8- Langenbucher, J. W.

9- Labouvie, E.

10- Miller, K. J.

11- Newcomb, M. D.

12- Galaif, E. R.

13- Locke, T. F.

14- externalizing syndromes

15- Krueger, R. F.

16- Markon, K. E.

17- Patrick, C. J.

18- Iacono, W.G.

می‌کنند که گویی کیفیت این اختلال‌ها با حالت عملکرد طبیعی و حتی سایر اختلال‌ها کاملاً تفاوت دارد (ویدیگر<sup>۱</sup> و ساموئل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

همایندی‌ها و هم‌ابتلائی<sup>۳</sup>‌های موجود میان اختلالات تعریف شده در DSM تنها معضل آن نبوده، مشکلات دیگری نیز به همراه دارد. رویکرد مقوله‌ای<sup>۴</sup> DSM، منجر به حضور گروه‌های بسیار ناهمگون<sup>۵</sup> در داخل یک طبقه از اختلالات مشخص است (کروگر، واتسون و بارلو، ۲۰۰۵a). از سویی با اینکه در DSM اختلالات به ۲ دسته‌ی اختلالات شخصیت و اختلالات بالینی تقسیم شده‌اند با این حال جدایی و تفاوت آنها غالباً بیشتر از آنچه است برآورد می‌شود و پیوند و رابطه‌ی میان آنها زمانی که در چهارچوب شخصیتی جای داده می‌شود، بیشتر می‌باشد (ویدیگر، سیمنسون<sup>۶</sup>، سیروواتکا<sup>۷</sup>، ریجر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶).

بهترین جایگزین برای رویکرد مقوله‌ای جهت برطرف کردن این مشکلات رویکرد ابعادی<sup>۹</sup> به آسیب‌شناسی است که عوامل موثر در اختلال روانی را در پیوستار چند عامل بنیادی در نظر می‌گیرد. هر چند این دیدگاه که گروهی از اختلالات یا مشکلات می‌توانند ذیل عامل یا حالت کلی قرار بگیرند و از آن طریق ظهور و بروز پیدا کنند، عقیده‌ایی چندان جدید نبوده و به آخنباخ<sup>۱۰</sup> و آدل-بروک<sup>۱۱</sup> برمی‌گردد. آخنباخ (۱۹۶۶) در نامگذاری عوامل بدست آمده از روش تحلیل عاملی مشکلات رفتاری کودکان از اصطلاحات "درون‌انداز"<sup>۱۲</sup> در مقابل "برون‌انداز"<sup>۱۳</sup> استفاده می‌کند و با این

---

<sup>1</sup>- Widiger, T. A.

<sup>2</sup>- Samuel, D. B.

<sup>3</sup>- comorbidity

<sup>4</sup>- categorical classification

<sup>5</sup>- heterogeneity

<sup>6</sup>- Simonsen, E .

<sup>7</sup>- Sirovatka, P. J.

<sup>8</sup>- Regier, D. A.

<sup>9</sup>- dimensional approach

<sup>10</sup>- Achenbach, T. M.

<sup>11</sup>- Edelbrock, C. S.

<sup>12</sup>- internalizer

<sup>13</sup>- externalizer

عنوان کودکانی را که "با محیط خود کشمکش و تعارض دارند" از کودکانی که "دچار مسائل شخصی و درونی هستند" مشخص می‌سازد (آلن<sup>۱</sup>، ا.ا. راس، ۱۳۷۰). بعد از وی اغلب مدل‌های نظری ارائه شده در رویکرد ابعادی بیشتر اختلال‌های خلقی و اضطرابی را بررسی کرده و الگوهای متفاوتی را نیز در این خصوص معرفی نموده‌اند. در چند سال اخیر پژوهش‌های مبسوط به طبقه‌بندی ابعادی آسیب‌شناسی روانی با مطالعات کروگر و مارکون (۲۰۰۶؛ کروگر و همکاران، ۲۰۰۵a & b؛ کروگر و پیاسکی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ کروگر، مک‌گوی<sup>۳</sup> و یاکونو، ۲۰۰۱) گره خورده است. در این مطالعات عوامل سطح بالا به عنوان متغیرهای مکنون<sup>۴</sup> در نظر گرفته می‌شوند که مسئول ایجاد علائم نشانه‌های گسترده‌ی روانشناختی هستند. به عبارت دیگر مدل کروگر و مارکون (۲۰۰۶)، "عامل مسئول<sup>۵</sup>" نوعی گرایش یا میل نهفته است که مستقیماً قابل مشاهده نبوده و سبب ایجاد اختلال‌های آشکار و قابل مشاهده‌ی مستقیم می‌گردد.

مطالعاتی که اکثر اختلال‌های روانی را بررسی نموده‌اند تا به عوامل مسئول دست پیدا کنند، غالباً به یک مدل سلسله‌مراتبی از عوامل رسیده‌اند که هم‌ابتلایی بین اشکال عمومی اختلال‌های روانی را توجیه می‌نماید (کروگر و مارکون، ۲۰۰۶). این مدل شامل دو عامل فراگیر و سطح بالاست: عامل نخست یعنی درونی‌سازی<sup>۶</sup>، مسئول هم‌ابتلایی‌های دیده شده در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است (و با مؤلفه‌ی غیراختصاصی عاطفه‌ی منفی - الگوی سلسله‌مراتبی تلفیقی شباهت دارد). این اختلال‌ها مملوء از عاطفه‌ی منفی بوده و خود به دو سطح پایین‌تر پریشانی<sup>۷</sup> و ترس<sup>۸</sup> تقلیل می‌یابند.

---

1- Alen, O

2- Piasecki, T. M.

3- McGue, M.

4- latent

5- liability factor

6- internalizing

7- distress

8- fear

دومین عامل سطح بالا، برونی‌سازی<sup>۱</sup> نام دارد و مسؤول هم‌ابتلائی در اختلالات‌های اشباع شده از بازداری‌زدایی<sup>۲</sup> است؛ مانند مصرف مواد و رفتار ضداجتماعی (کروگر و مارکون، ۲۰۰۶؛ واتسون، ۲۰۰۵).

تحلیل‌های چند متغیره از الگوی همزمانی وقوع در میان اختلالات برونی‌ساز یک عامل را آشکار کرده است؛ بعد استعداد<sup>۳</sup> مرتبط و پیوسته<sup>۴</sup>، که این اختلالات را به یکدیگر پیوند می‌زند و آنها را از سایر اختلالاتی که غالباً روی می‌دهند، متمایز می‌کند (برای مثال؛ اختلالات خلقی و اضطرابی یا درونی‌ساز، کندلر<sup>۵</sup>، داویس<sup>۶</sup> و کسلر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷؛ کروگر، ۱۹۹۹؛ کروگر، کاسپی<sup>۸</sup>، موفیت<sup>۹</sup> و سیلوا<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۸).

دو رویکرد عمده بر فهم بهتر این استعداد تمرکز کرده‌اند؛ یک رویکرد ریشه‌های ژنتیکی و محیطی این استعداد را مورد مطالعه قرار داده است. رویکرد دوم جهت فهم بهتر بر مقایسه‌ی مدل‌های مقوله‌ای و ابعادی اختلالات برونی‌ساز تمرکز کرده است.

یکی از مدل‌ها (مدل طبقه‌ی مکنون) علت مقوله‌ای را برای وقوع و هم‌وقوعی اختلالات برونی‌ساز فرض می‌کند. یک نوع مدل دیگر (مدل صفت مکنون) علتی پیوسته برای وقوع و هم‌وقوعی اختلالات بیان می‌کند. یافته‌های کروگر، مارکون و همکاران (۲۰۰۵) و نیز مارکون و کروگر (۲۰۰۵) بیانگر این است که بهترین مدل تطبیقی برای استعداد برونی‌سازی مدل صفت مکنون بوده

---

<sup>1</sup>- externalizing  
<sup>2</sup>- disinhibitory disorders  
<sup>3</sup>- liability  
<sup>4</sup>- coherence  
<sup>5</sup>- Kendler, K. S.  
<sup>6</sup>- Davis, C. G.  
<sup>7</sup>- Kessler, R. C.  
<sup>8</sup>- Caspi, A.  
<sup>9</sup>- Moffitt, T. E.  
<sup>10</sup>- Silva, P. A.

که علت پیوسته و مداوم برای وقوع و هم‌وقوعی اختلال برون‌ساز فرض می‌کند و یک استعداد یکسان و برابر را برای اختلالات برون‌ساز در نظر می‌گیرد (به کروگر و همکاران، ۲۰۰۷ رجوع کنید).

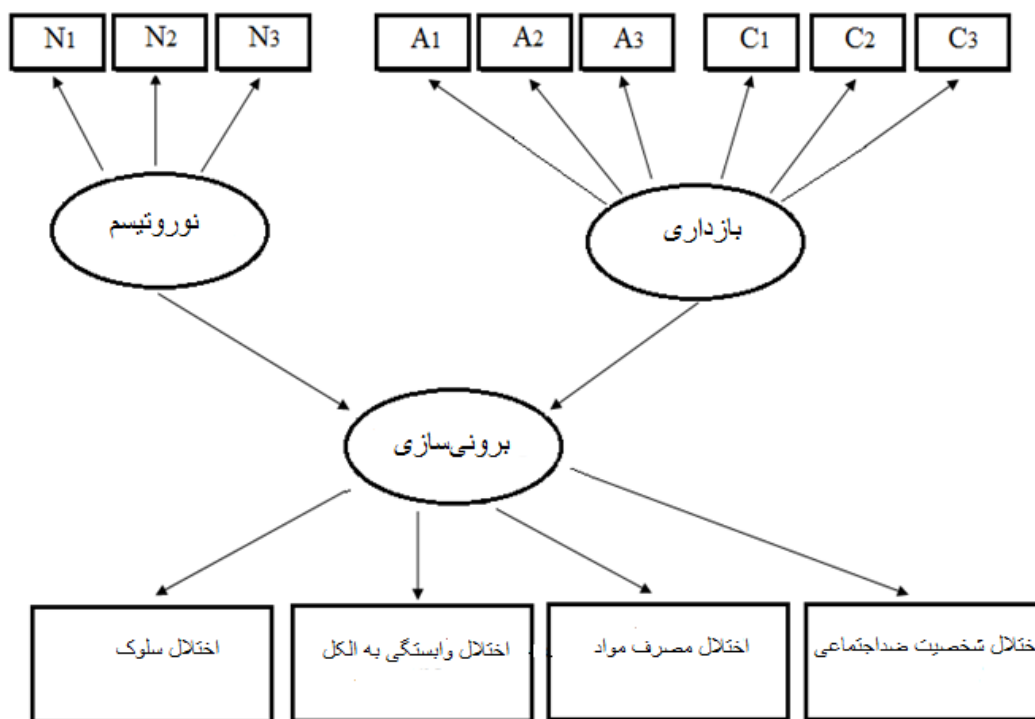
با در دست داشتن ماهیت پیوسته‌ی استعداد برون‌ساز، پیوستار برون‌ساز بر انفکاک پدیده‌ی ناهنجار و آسیب‌شناسی از پدیده‌ی هنجار برتری می‌یابد، مانند صفات شخصیتی مشخص.

این ما را به این امکان رهنمون می‌شود که گستره‌ی برون‌ساز به قلمرو تفاوت‌های فردی نرمال‌تر بسط می‌یابد. از جمله آنهایی که بصورت معمول تحت عنوان صفات شخصیتی مقوله‌بندی می‌شود. در این میان، شواهد بی‌شماری به ارتباط معنادار میان صفات شخصیتی و اشکال برون‌ساز آسیب‌شناختی سندیت می‌کند.

علی‌الخصوص، صفت خاص که بیشترین ارتباط دارد شامل پرخاشگری و تکانشگری است (اکتون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ کاسیلاس<sup>۲</sup> و کلارک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲؛ لینام<sup>۴</sup>، لوکفلد<sup>۵</sup> و کلایتون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳؛ شر<sup>۷</sup>، بارتولو<sup>۸</sup> و وود<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰؛ استوسکی<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). این صفات خاص، در ساختارهای شخصیتی مرتبه بالا (۵ صفت)، در زمینه‌ی عدم توافق‌پذیری و بی‌وجدان بودن جای می‌گیرد. این حوزه‌ی ۵ صفت در سطوح وسیعتر با حوزه‌ی بازداری‌زدایی یا فقدان محدودیت در هم می‌آمیزد (کروگر، مارکون و همکاران، ۲۰۰۷).

---

<sup>1</sup>- Acton, G. S.  
<sup>2</sup>- Casillas, A.  
<sup>3</sup>- Clark, L. A.  
<sup>4</sup>- Lynam, D. R.  
<sup>5</sup>- Leukefeld, C.  
<sup>6</sup>- Clayton, R. R.  
<sup>7</sup>- Sher, K. J.  
<sup>8</sup>- Bartholow, B. D.  
<sup>9</sup>- Wood, M. D.  
<sup>10</sup>- Slutske, W. S.



شکل (۱-۱) مدل ساختاری فرضی

تحقیقات صورت گرفته بر روی پیوند میان شخصیت و اختلال‌های روانی در نمونه‌ی اپیدمیولوژیکی (برای مثال کروگر، ۱۹۹۹a)، حاکی از پیوند سیستماتیک میان "محدوده‌ی نرمال" ساختارهای شخصیت و سایر اختلال‌های روانی است. به‌خصوص اختلال‌های خلقی و اضطرابی با سطوح بالای نوروتیسیسم / عاطفه‌ی منفی مرتبط می‌شود، در حالی که مصرف مواد و اختلالات رفتاری ضداجتماعی با سطوح بالای نوروتیسیسم / عاطفه‌ی منفی و سطوح بالای عدم‌بازداری مرتبط است (ویدیگر و همکاران، ۲۰۰۶).

با قراردادن یافته‌های شخصیتی در کنار یافته‌های ساختارهای اختلالات روانی، نوروتیسیسم/عاطفه‌ی منفی به عنوان یک پایه‌ی شخصیتی برای اختلالات درونی‌ساز آشکار می‌شوند و عاطفه‌ی منفی همراه با عدم‌بازداری پایه‌های شخصیتی را برای اختلالات و آسیب‌شناختی برونی‌ساز فراهم می‌آورد.

از آنجایی که مطالعاتی که به صورت منسجم و یکپارچه به بررسی نقش صفات شخصیتی بازدازی زدا و نوروتیزسم را در طیف برونی سازی پردازد کم بوده و اغلب تحقیقات صورت گرفته مدل های مقوله ای و ابعادی را در این گروه از اختلالات بررسی کرده و نیز با توجه به نقش مهم صفات شخصیتی (ارثی بودن، پایا بودن) در آسیب شناسی روانی، پژوهش حاضر قصد دارد به بررسی صفات مذکور در طیف برونی سازی اختلالات روانی پردازد.

## ۲-۱- اهمیت و ضرورت

امروزه یکی از حوزه هایی که در آن، مطالعات فراوانی در حال انجام است، بررسی و تبیین رابطه ی بین ویژگی های شخصیتی و آسیب شناسی روانی است. این خط از چند جهت دارای اهمیت است: نخست اینکه این مطالعات در حل مشکلات مربوط به تشخیص و طبقه بندی اختلالات روانی از جمله همبودی مشاهده شده بین این اختلالات، نقش مهمی را دارد (کوتو<sup>۱</sup>، واتسون، رابلز<sup>۲</sup> و اشمیت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). در این راستا توجه به ویژگی های نظام های ابعادی که عوامل موثر در اختلالات روانی در پیوستار چندین عامل بنیادین در نظر می گیرند، از اهمیت زیادی برخوردار است. از سوی دیگر، بررسی رابطه ی بین ویژگی های شخصیتی و آسیب شناسی روانی، فهم ما را در سبب شناسی این اختلالات بالا می برد (مینکا، واتسون و کلارک ۱۹۹۸؛ واتسون، ۱۹۹۹؛ به نقل از کوتو، ۲۰۰۷). این امر از طریق ارائه ی مدل های علی و شناسایی ابعادی که ویژگی های اختلالات را برجسته می کند و همچنین ابعادی که بین اختلالات روانی مختلف مشترک است و هم پوشی بین آنها را توجیه میکند، صورت می گیرد. علاوه بر موارد ذکر شده، تعیین مولفه های اساسی و مهم، می تواند پیشنهاد های

---

<sup>1</sup> - Kotov

<sup>2</sup> - Robles

<sup>3</sup> -Schimidt



سازنده‌ای را در جهت پیشگیری و همچنین تعیین خط‌مشی‌های درمانی ارائه کند (براون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند که این ویژگی‌ها می‌توانند در مفهوم‌سازی موردی و فراهم کردن پیش‌آگهی‌های مرضی مفید باشند، هر چند مطالعات طولی بیشتری برای تایید این مسئله وجود دارد. در حقیقت، شواهد تازه‌ای مبنی بر مفید بودن ارزیابی‌های شخصیتی در طرح‌ریزی درمانی وجود دارد (باگبی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ کویلتی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). ویژگی‌های شخصیتی همچنین می‌توانند راهنمایی برای تلاش‌های پیش‌گیرانه باشند و مطالعات قبلی نشان داده‌اند که این ویژگی‌ها می‌توانند در مشخص کردن افرادی که خطر مبتلا شدن به یکی از بیماری‌های روانی در آنها بیشتر است، مفید باشند (اسمیت<sup>۴</sup>، بیکن<sup>۵</sup>، کویچپرس<sup>۶</sup>، د گراف<sup>۷</sup> و وولبرگ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴؛ توکویاما<sup>۹</sup>، ناکاوا<sup>۱۰</sup>، استو<sup>۱۱</sup>، واتانابی<sup>۱۲</sup> و تاکادا<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۳؛ ورکرک<sup>۱۴</sup>، دنولت<sup>۱۵</sup>، ون‌هک<sup>۱۶</sup>، ون‌سان<sup>۱۷</sup> و پاپ<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۵؛ به نقل از کوتو و همکاران، ۲۰۱۰). با توجه به ضرورت کارهای عملی بالینی، یکی از مزایای ویژگی‌های شخصیتی این است که آنها در کوتاه مدت قابل ارزیابی می‌باشند. ترکیب و یکپارچه‌سازی این تحقیقات بنیادین با تحقیق روی ساخت DSM یک راه مهم برای پیوند اختلالات شخصیتی و

---

1 -Brown  
2 -Bagby  
3 -Quilty  
4 -Smit  
5 -Beekman  
6 -Cuijpers  
7 -De Graaf  
8 -Vollebergh  
9 -Tokuyama  
10 -Nakao  
11 -Seto  
12 -Watanabe  
13 - Takeda  
14 -Verkerk  
15 -Denollet  
16 -Van Heck  
17 -Van Son  
18 -Pop

اختلالات کلینیکی خواهد شد که تا به حال جدا فرض می‌شدند. همچنین کمکی برای پیوند دانش و تجربه است.

از سویی طراحی و اجرای مطالعاتی که به بررسی عوامل شخصیتی در گستره‌ی اختلالات برونی-ساز پردازد به ندرت صورت گرفته و مطالعه‌ی حاضر جزء نخستین کوشش‌های پژوهشی در ایران می‌باشد.

### ۳-۱- اهداف پژوهش

#### ۱-۳-۱- هدف کلی

هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین روابط ساختاری صفات شخصیتی با برونی‌سازی اختلال‌ها در الگوی سلسله مراتبی تلفیقی آسیب‌شناسی روانی می‌باشد.

#### ۱-۳-۲- اهداف اختصاصی

اهداف اختصاصی این تحقیق به ترتیب زیر می‌باشد:

- ۱) تعیین رابطه‌ی ساختاری نوروtizیسم با برونی‌سازی اختلال‌ها
- ۲) تعیین رابطه‌ی ساختاری با وجدان‌بودن با برونی‌سازی اختلال‌ها
- ۳) تعیین رابطه‌ی ساختاری توافق‌پذیری با برونی‌سازی اختلال‌ها

#### ۱-۴- فرضیه‌ها

- ۱) صفت نوروtizیسم با اختلالات برونی‌ساز (اختلال سلوک، اختلال شخصیت ضد-اجتماعی، اختلالات مصرف‌مواد و مصرف‌الکل) رابطه‌ی مثبت دارد.

۲) با وجدان بودن به عنوان مولفه‌ی عدم‌بازداری رابطه‌ی منفی با اختلالات برون‌ساز (اختلال سلوک، اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلالات مصرف‌مواد و مصرف الکل) دارد.

۳) توافق‌پذیری به عنوان مولفه‌ی عدم‌بازداری رابطه‌ی منفی با اختلالات برون‌ساز (اختلال سلوک، اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلالات مصرف‌مواد و مصرف الکل) دارد.

### ۱-۵- متغیرها

#### ۱-۵-۱- اختلال سلوک

تعریف مفهومی: رفتارهای ضداجتماعی اساسی از قبیل پرخاشگری نسبت به مردم و حیوانات، تخریب اموال، حقه‌بازی یا دزدی و نقض جدی مقررات که در ابتدای زندگی، کودکی و نوجوانی که به وضوح قابل مشاهده باشد (کاپلان<sup>۱</sup> و سادوک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر نمره‌ای است که فرد در ۱۵ آیت‌م فرم تغییر یافته‌ی پرسش‌نامه‌ی علائم مرضی کودک<sup>۳</sup> (CSI-4)، اسپیرافکین<sup>۴</sup> و گادو<sup>۵</sup>، (۱۹۹۷) می‌گیرد.

#### ۱-۵-۲- اختلال شخصیت ضد اجتماعی

تعریف مفهومی: الگوی مداومی از رفتارهای ضداجتماعی اساسی از قبیل بی‌اعتنایی، زیر پا نهادن حقوق دیگران، فریبکاری و دروغ‌گویی مکرر، رفتار تکانشی، عدم احساس مسئولیت، فقدان احساس مسئولیت در کنار فقدان احساس پشیمانی که بعد از ۱۵ سالگی شروع می‌شود و در بزرگسالی نیز دوام می‌یابد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

<sup>۱</sup>- Kaplan, H.

<sup>۲</sup>- Sadock, V. A.

<sup>۳</sup>-child symptom inventory

<sup>۴</sup>-Sprafkin

<sup>۵</sup>-Gadow

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر نمره‌ای است که فرد در خرده مقیاس اختلال شخصیت ضد

اجتماعی آزمون چند محوری میلون<sup>۱۳</sup> (MCMIII-III، میلون، ۱۹۹۴) می‌گیرد.

#### ۱-۵-۳- اختلال مصرف مواد

تعریف مفهومی: الگوی غیرانطباقی از مصرف مواد که یا منجر به ناتوانی فرد در بر آوردن تعهدها

و مسئولیت‌های کاری، خانگی و تحصیلی شده و مسائل قانونی، اجتماعی و خطرات فیزیکی را برای

فرد به دنبال داشته و یا منجر به وابستگی‌های رفتاری و جسمانی در فرد می‌شود که فعالیت‌های مواد

جویی و اثرات جسمانی را در پی دارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر نمره‌ای است که فرد در خرده مقیاس وابستگی به مواد

MCMIII می‌گیرد.

#### ۱-۵-۴- اختلال مصرف الکل

تعریف مفهومی: نیاز به مصرف مقادیر زیادی الکل برای عملکرد کافی، الگوی مرتب افراط در

خوردن الکل محدود به روزهای آخر هفته، دوره‌های طولانی پرهیز و دوره‌های افراط در مصرف

الکل به مدت چند یا هفته، نوشیدن الکل‌های غیرخوراکی، دوره‌های فراموشی برای دوره‌های

مسمومیت، مستی‌های مستمر که مشکلات اجتماعی و حرفه‌ای را برای فرد به دنبال داشته و منجر به

افت عملکرد فرد می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر نمره‌ای است که فرد در خرده مقیاس وابستگی مصرف الکل

MCMIII می‌گیرد.

---

<sup>1</sup> - millon clinical multiaxial inventory - III