



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی بالینی

پایان نامه

جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی

عنوان

## **روابط ساختاری مؤلفه های سرشت و منش شخصیت با اختلالات هیجانی**

استاد راهنما:

دکتر عباس بخشی پور

اساتید مشاور:

دکتر تورج هاشمی

دکتر علیرضا فرنام

پژوهشگر:

سیامک فتح الهی

شهریور ۱۳۹۰

نام خانوادگی دانشجو: فتح الهی	نام دانشجو: سیامک
عنوان پایان نامه: روابط ساختاری مولفه های سرشت و منش شخصیت با اختلالات هیجانی	
استاد راهنما: دکتر عباس بخشی پور	
استادان مشاور: دکتر تورج هاشمی و دکتر علیرضا فرنام	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
گرایش: بالینی	
دانشگاه: سراسری تبریز	دانشکده: علوم تربیتی و روان شناسی
تاریخ فارغ التحصیلی:	تعداد صفحه:
کلیدواژه ها: روابط ساختاری، مولفه های سرشت و منش شخصیت ، اختلالات هیجانی	
<p><b>چکیده:</b></p> <p>هدف پژوهش حاضر ارزیابی روابط ساختاری مولفه های سرشت و منش شخصیت با اختلالات هیجانی با ارائه ی مدل ساختاری مبتنی بر مدل های ابعادی و یافته های تجربی پیشین بود. در این راستا از بین بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی تعداد ۳۱۳ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. داده های پژوهش حاضر با استفاده از پرسشنامه ی TCI، BDI-II، ASI، SPIN، MOCI، PSWQ، گرد آوری شدند. برای تجزیه و تحلیل داده ها و بررسی روابط بین متغیرها و ارائه مدل ساختاری از روش های دسته بندی، تحلیل عاملی تاییدی و مدل یابی معادلات ساختاری بر پایه نرم افزار های SPSS(۱۶) و LISREL(۸.۵۴) استفاده شد. نتایج مدل یابی معادلات ساختاری نشان داد که عامل آسیب پرهیزی با همه ی علائم اختلالات اضطرابی (پانیک، اضطراب فراگیر، وسواسی-جبری، فوبی اجتماعی و فوبی خاص) 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. در کل نتایج نشان داد که اختلالات اضطرابی و افسردگی با ویژگی های شخصیتی رابطه دارند. توجه بیشتر به این ساختارها می تواند به طور قابل توجهی برای تحقیقات آسیب شناسی روانی و کاربست بالینی مفید باشد.</p>	

سپاس از

دکتر عباس بخشی پور

دکتر تورج هاشمی

دکتر علیرضا فرنام

اصغر و ثوقی

دکتر سعید اکبری

و تمام دوستانی

که نگارش این پایان نامه بی یاری آنان میسر نبود

تقدیم به

تمام دانش‌آموختگانی که همیشه اخلاق را  
سرلوحه‌ی کار خود قرار می‌دهند

# فهرست مطالب

## فصل اول کلیات پژوهش

۱-۱	مقدمه	۱
۱-۲	بیان مسئله	۲
۱-۳	اهمیت و ضرورت پژوهش	۹
۱-۴	اهداف پژوهش	۱۰
۱-۴-۱	هدف کلی	۱۰
۱-۴-۲	اهداف جزئی	۱۰
۱-۵	فرضیه های پژوهش	۱۰
۱-۶	متغیرهای پژوهش	۱۱
۱-۷	تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها	۱۱

## فصل دوم ادبیات پژوهش

۲-۱	مقدمه	۱۶
۲-۲	اختلالات هیجانی	۱۶
۲-۲-۱	اختلالات خلقی	۱۶
۲-۲-۲	اختلالات اضطرابی	۲۳
۲-۳	سرشت، شخصیت و مدل کلونینگر	۳۶
۲-۳-۱	مدل هفت عاملی زیستی - روانی کلونینگر	۳۸
۲-۴	شخصیت و آسیب شناسی روانی	۴۷
۲-۵	شخصیت و اختلالات هیجانی	۴۹
۲-۵-۱	مدل های ساختاری اضطراب و افسردگی	۵۰
۲-۶	اختلالات هیجانی و مدل کلونینگر	۵۸
۲-۶-۱	افسردگی و مدل کلونینگر	۵۸
۲-۶-۲	فوبی اجتماعی و مدل کلونینگر	۶۴
۲-۶-۳	اختلال وسواسی - جبری و مدل کلونینگر	۶۶
۲-۶-۴	اختلال پانیک و مدل کلونینگر	۶۸
۲-۶-۵	اختلال اضطراب فراگیر و مدل کلونینگر	۷۰

فصل سوم  
روش پژوهش

۷۲	۳-۱ مقدمه
۷۲	۳-۲ نوع پژوهش
۷۲	۳-۳ جامعه، نمونه و روش نمونه گیری
۷۲	۳-۴ ابزارهای پژوهش
۷۲	۳-۴-۱ سیاه ی سرشت و منش (TCI)
۷۳	۳-۴-۲ پرسشنامه ی افسردگی بک (BDI-II)
۷۴	۳-۴-۳ پرسشنامه ی نگرانی پن استیت (PSWQ)
۷۵	۳-۴-۴ سیاهه وسواسی - جبری مادزلی (MOCI)
۷۵	۳-۴-۵ شاخص حساسیت اضطرابی (ASI)
۷۶	۳-۴-۶ پرسشنامه ی فوبی اجتماعی (SPIN)
۷۶	۳-۵ روش جمع آوری داده ها
۷۶	۳-۶ روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم  
یافته های پژوهش

۷۹	۴-۱ مقدمه
۷۹	۴-۲ یافته های توصیفی
۸۰	۴-۳ مدل اندازه گیری : تحلیل عاملی تاییدی
۸۰	۴-۳-۱ مدل اندازه گیری عوامل اختلالات اضطرابی و افسردگی
۸۳	۴-۳-۲ مدل اندازه گیری ابعاد شخصیتی
۸۵	۴-۴ مدل معادلات ساختاری
۸۶	۴-۵ تحلیل فرضیه های تحقیق

فصل پنجم  
بحث و نتیجه گیری

۹۰	۵-۱ مقدمه
۹۰	۵-۲ بحث و نتیجه گیری
۹۶	۵-۳ محدودیت های پژوهش
۹۷	۵-۴ پیشنهادات پژوهش
۹۹	فهرست منابع
۱۱۲	پیوست و ضمائم

فصل اول

کلیات پژوهش

یکی از پیشرفت‌هایی که در عرصه‌ی آسیب‌شناسی روانی<sup>۱</sup> صورت گرفته است، جمع‌آوری اطلاعات وسیع و دانش تجربی درباره‌ی اختلال‌های روانی و طبقه‌بندی این داده‌ها در گروه‌های متمایز بوده است. در سال‌های گذشته، این یافته‌ها، تحت عناوین مختلف گردآوری شده و در ویرایش‌های مختلف در دسترس محققان و درمانگران قرار گرفته است. در این میان، یکی از مهم‌ترین نظام‌های طبقه‌بندی، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی یا به اختصار DSM است که در سال‌های اخیر کاربرد فراوانی در بین روان‌شناسان و روان‌پزشکان داشته است. این نظام، علی‌رغم مزایای آشکاری که در طبقه‌بندی، تشخیص و درمان اختلال‌های روانی دارد، دارای یک سری محدودیت‌هایی است که در پرتو مطالعات اخیر بیشتر نمایان شده و زمینه‌های تغییر در رویکردهای پژوهشی و بالینی را فراهم آورده است. یکی از مهم‌ترین این محدودیت‌ها، ظهور مفهوم هم‌ابتلائی یا همبودی<sup>۲</sup> بین مقوله‌های تشخیصی است که این مسئله، تعبیر و تفسیر یافته‌هایی را که بر پایه‌ی طبقات آسیب‌شناسی روانی طرح‌ریزی و اجرا می‌شود با مشکل مواجه کرده است. هر چند راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، به مجزا نبودن طبقات اختلال‌های روانی و نبود مرزهای روشن بین آن‌ها تاکید می‌کند، با این حال، DSM، نوعی طبقه‌بندی مقوله‌ای<sup>۳</sup> است که اختلال‌های روانی را بر اساس مجموعه‌ای از ملاک‌های تعریف شده، به گونه‌های متفاوت تقسیم می‌کند و محققان و درمان‌گران، اختلال‌های ذکر شده در DSM-IV-TR را به نحوی تشخیص داده و درمان می‌کنند که گویی کیفیت و ماهیت این اختلال‌ها با حالت عملکرد طبیعی و حتی سایر اختلال‌ها کاملاً متمایز است. از دیدگاه بسیاری از محققان، رویکرد ابعادی<sup>۴</sup> به آسیب‌شناسی روانی می‌تواند جایگزینی مناسب برای رویکرد مقوله‌ای در نظر گرفته شود و در مواردی همچون توجیه هم‌ابتلائی‌ها، دارای مزایایی می‌باشد. با این حال یکی از دشواری‌های فرا روی رویکرد ابعادی، تعیین نقش سازه‌های سنتی و قدرتمند روان‌شناختی از قبیل شخصیت، در سبب‌شناسی و تشخیص افتراقی

---

<sup>۱</sup>. Psychopathology  
<sup>۲</sup>.co morbidity  
<sup>۳</sup>.categorical  
<sup>۴</sup>.Dimensional



سندرم‌های روانی است که توجه به این امر می‌تواند مشکلات فعلی نظام‌های طبقه بندی اختلال‌های روانی را تا حدی بر طرف کند و بر پژوهش‌ها و رویکردهای درمانی آتی در حوزه‌ی اختلال‌های روانی پرتو بیفکند.

## ۲-۱ بیان مسئله

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 (کلارک<sup>۱</sup>، واتسون<sup>۲</sup> و رینولدس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵). 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 تصمیم‌گیری 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 (کلارک، بک<sup>۴</sup> و استوارت<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰). از سوی دیگر، در بیشتر موارد همبودی، با درمان یک اختلال، شدت اختلال دیگر نیز کاهش می‌یابد (براون<sup>۶</sup>، آنتونی<sup>۷</sup> و بارلو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). همچنین داروها یا درمان‌های روان‌شناختی یکسان، منجر به

<sup>۱</sup>.Clark

<sup>۲</sup>.Watson

<sup>۳</sup>. Reynolds

<sup>۴</sup>.Beck

<sup>۵</sup>.Stewart

<sup>۶</sup>.Brown

<sup>۷</sup>.Antony

به پاسخ‌های درمانی همانند در بیماران افسرده و مضطرب می‌شوند (هادسون<sup>۲</sup> و پوپه<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰). 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 (بخشی پور، دژکام، مهریار، و بیرشک، ۱۳۸۳). 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<sup>۴</sup> است که از طریق آن‌ها ظهور و بروز پیدا می‌کند. در این مدل‌ها، عوامل سطح بالا به عنوان متغیرهای مکنون<sup>۵</sup> در نظر گرفته می‌شوند که مسئول ایجاد علائم و نشانه‌های گسترده‌ی روان‌شناختی هستند. عامل مسئول<sup>۶</sup>، 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 (تلگن<sup>۷</sup>، ۱۹۸۵؛ واتسون و تلگن، ۱۹۸۵؛ کلارک و واتسون، ۱۹۹۱). 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

---

<sup>۱</sup>.Barlow

<sup>۲</sup>.Hudson

<sup>۳</sup>.Pope

<sup>۴</sup>.common disposition

<sup>۵</sup>.latent

<sup>۶</sup>.liability factor

<sup>۷</sup>.Tellegen

گرفته می‌شود که به درجات متفاوتی اختلالات هیجانی را متأثر می‌کند. از سوی 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 (بارلو، ۱۹۹۱؛ براون و بارلو، ۱۹۹۲؛ براون، کورپیتا و بارلو، ۱۹۹۸؛ مینیکا<sup>۱</sup>، واتسون و کلارک، ۱۹۹۸). 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 (کوتو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). 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 عاطفه منفی با روان رنجور خویی و هیجان پذیری منفی و ابعاد عاطفه مثبت با برونگرایی و هیجان پذیری مثبت شدیداً رابطه دارد (واتسون ۲۰۰۰)؛ 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 خویی نیز دیده می‌شود (مینیکا و همکاران، ۱۹۹۸). از این رو ترکیب مدل‌های شخصیت - آسیب پذیری با مدل‌های ساختاری اختلالات هیجانی می‌تواند فهم ما را از این اختلالات افزایش دهد. در سال‌های اخیر یکی از با نفوذترین نظریه‌ها در زمینه‌ی شخصیت، نظریه‌ی کلونینگر<sup>۳</sup> است که نوعی نظریه‌ی زیستی - روانی<sup>۴</sup> است. کلونینگر شخصیت را سازمان پویایی از نظام زیستی - روانی تعریف می‌کند که سازگاری با تجارب را تنظیم

---

<sup>۱</sup>. Mineka

<sup>۲</sup> Kotov

<sup>۳</sup> Cloninger

<sup>۴</sup>. Psychobiological

می‌کند. او در مدل خود دو حوزه‌ی اصلی شخصیت یعنی سرشت<sup>۱</sup> و منش<sup>۲</sup> را از هم متمایز می‌کند. سرشت به عنوان واکنش‌های خودکار به محرک‌های هیجانی که خلق و خو را مشخص می‌کند، تعریف می‌شود. منش به مفهوم خودآگاهی که روی نگرش‌ها و نیت ارادی ما تأثیر می‌گذارد، اشاره دارد. در حالیکه سرشت تا حدودی جنبه‌ی وراثتی دارد، از نظر رشدی باثبات است و مبتنی بر هیجان است، منش تا حدودی توسط یادگیری اجتماعی - فرهنگی متأثر می‌شود و در طول زندگی رشد می‌کند (کلونینگر، ۱۹۹۴). بنابراین مدل کلونینگر به نحوی است که می‌تواند عوامل ژنتیکی و محیطی را در زیر بنای شخصیت تبیین کند؛ و این امر در مطالعاتی که به بررسی رابطه‌ی ساختاری ویژگی‌های شخصیتی و اختلالات هیجانی می‌پردازند، می‌تواند دارای اهمیت باشد. کلونینگر معتقد است که هر یک از حوزه‌های اصلی شخصیت دارای مؤلفه‌ها و زیر سیستم<sup>۳</sup> های مختلفی هستند. او ابتدا مدل عصبی - زیستی<sup>۴</sup> خود را برای توضیح مؤلفه‌های سرشت ارائه کرد. او معتقد است که سامانه‌های سرشتی در مغز دارای سازمان‌یافتگی کارکردی متشکل از سامانه‌های متفاوت و مستقل از یکدیگر برای فعال سازی، بازداری و تداوم رفتار در پاسخگویی به گروه معینی از محرک‌هاست. فعال سازی رفتار، در پاسخ به محرک‌های نو و جدید و نشانه‌های پاداش و رهایی از تنبیه است. بنابراین تفاوت‌های فردی در چنین قابلیت، نوجویی<sup>۵</sup> (NS) نامیده می‌شود. بازداری رفتاری، در پاسخ به محرک‌های تنبیه یا نبودن پاداش است. تفاوت‌های فردی در قابلیت بازداری رفتاری، آسیب پرهیزی<sup>۶</sup> (HA) نامیده می‌شود. رفتاری که با پاداش تقویت می‌شود معمولاً تا مدتی پس از قطع پاداش ادامه می‌یابد. کلونینگر تفاوت‌های فردی در تداوم پاسخ پس از قطع پاداش را پاداش - وابستگی<sup>۷</sup> (RD) نام گذاری کرد. او بعدها بُعد دیگری به نام پشتکار<sup>۸</sup> (P) را معرفی کرد و بدین ترتیب برای سرشت چهار بُعد را در نظر گرفت. کلونینگر بعدها سه بُعد برای منش در نظر گرفت و بدین ترتیب مدل هفت عاملی خود را ارائه کرد. در این مجموعه، بُعد خود - راهبری<sup>۹</sup> (SD) بر پایه‌ی پنداشت از خویشتن به عنوان یک فرد مستقل توسط وی تعریف شده است. همچنین بُعد همکاری<sup>۱۰</sup>

---

<sup>۱</sup>. Temperament

<sup>۲</sup>. Character

<sup>۳</sup>. subsystems

<sup>۴</sup>. neurobiological

<sup>۵</sup>. novelty seeking (NS)

<sup>۶</sup>. Harm avoidance (HA)

<sup>۷</sup>. Reward dependence (RD)

<sup>۸</sup>. persistence (P)

<sup>۹</sup>. self-directedness (SD)

<sup>۱۰</sup>. cooperativeness (C)

(C) بر پایه‌ی پنداشت از خویشتن به عنوان بخشی از جهان انسانی و جامعه قرار دارد. علاوه بر این دو بُعد، خود - فراروی<sup>۱</sup> (ST) بر پایه‌ی مفهوم از خویشتن به عنوان بخشی از جهان و منابع پیرامون آن مطرح شده است. هر یک از ابعاد سرشت و منش در یک شبکه‌ی تعاملی، جریان سازگاری و تطابق تجربیات زندگی را راه اندازی و هدایت می‌کنند. آمادگی ابتلا به اختلالات هیجانی و رفتاری از چگونگی عملکرد این دستگاه تعاملی اثر می‌پذیرد. (کاوایانی، ۱۳۸۶). در 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 HA بالا و نمرات SD پایین شدیداً با افسردگی رابطه دارد (هانسن<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ پیرسون<sup>۳</sup> و هیوچرت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱؛ ریچتر<sup>۵</sup>، پولاک<sup>۶</sup> و ایسمین<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳؛ اسمیس<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ نری<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ کلیکل<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). 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 HA و SD تأثیر می‌گذارد ولی با این حال بیماران افسرده در مقایسه با گروه کنترل همچنان نمرات بالایی در HA و نمرات پایینی در SD دارند. این نتایج نشان می‌دهد که این ابعاد شخصیت وابسته به هر دو جنبه صفت و حالت هستند (ریچتر، ایسمین و ریچتر، ۲۰۰۰؛ ماریجنسن<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ هیرانو<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ هانسن و بیانچی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۹). 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 HA و SD قادر به پیش بینی افسردگی در طول زمان هستند (نیتو<sup>۱۴</sup>، کیجیما<sup>۱۵</sup> و کیتامورا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ الوینیو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ کلونینگر، شوراکیک<sup>۳</sup> و پرزیبیک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ فارمر<sup>۵</sup>

---

<sup>۱</sup>. self-transcendence (ST)

<sup>۲</sup>. Hansenne

<sup>۳</sup>. Peirson

<sup>۴</sup>. Heuchert

<sup>۵</sup>. Richter

<sup>۶</sup>. Polak

<sup>۷</sup>. Eisemann

<sup>۸</sup>. Smith

<sup>۹</sup>. Nery

<sup>۱۰</sup>. Celikel

<sup>۱۱</sup>. Marijnissen

<sup>۱۲</sup>. Hirano

<sup>۱۳</sup>. Bianchi

<sup>۱۴</sup>. Naito

<sup>۱۵</sup>. Kijima

فارمر<sup>۵</sup> و سیلی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). در مورد اختلال فوبی اجتماعی نتایج مطالعات نشان می‌دهند که این بیماران در بعد شخصیتی HA نمرات بالا و در بعد شخصیتی NS نمرات پایینی بدست می‌آورند (کیم<sup>۷</sup> و هوور<sup>۸</sup>، ۱۹۹۶؛ چاترجی<sup>۹</sup>، سانیتا<sup>۱۰</sup>، والیودان<sup>۱۱</sup> و خانان<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۷؛ پلیسولو<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ لاجنر<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ مورتبرگ<sup>۱۵</sup>، بجروت<sup>۱۶</sup> و ویستد<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۷؛ ساویا<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). در مورد اختلال وسواسی - جبری نیز نتایج مطالعات نشان می‌دهد که این اختلال با HA بالا و NS پایین رابطه‌ی معناداری دارد (پفول<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۰؛ لیو<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ بجروت<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ ریچتر<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۶؛ کوسونوکی<sup>۲۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). 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 HA روابط معناداری با این اختلالات دارد (کولی<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۳؛ استارسویک<sup>۲۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۶؛ ساویوتی<sup>۲۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۱؛ ویبورگ<sup>۲۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ وچلسکی<sup>۲۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ رتو<sup>۲۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). به طور خلاصه، مرور ادبیات پژوهش در مورد رابطه‌ی ابعاد شخصیت مدل کلونینگر با اختلالات

<sup>۱</sup>. Kitamura

<sup>۲</sup>. Elovainio

<sup>۳</sup>. Svrakic

<sup>۴</sup>. Przybeck

<sup>۵</sup>. Farmer

<sup>۶</sup>. Seeley

<sup>۷</sup>. Kim

<sup>۸</sup>. Hoover

<sup>۹</sup>. Chatterjee

<sup>۱۰</sup>. Sunitha

<sup>۱۱</sup>. Velayudhan

<sup>۱۲</sup>. Khanna

<sup>۱۳</sup>. Pelissolo

<sup>۱۴</sup>. Lochner

<sup>۱۵</sup>. Mörtberg

<sup>۱۶</sup>. Bejerot

<sup>۱۷</sup>. Wistedt

<sup>۱۸</sup>. Savoia

<sup>۱۹</sup>. Pfohl

<sup>۲۰</sup>. Lyoo

<sup>۲۱</sup>. Bejerot

<sup>۲۲</sup>. Richter

<sup>۲۳</sup>. Kusunoki

<sup>۲۴</sup>. Cowley

<sup>۲۵</sup>. Starcevic

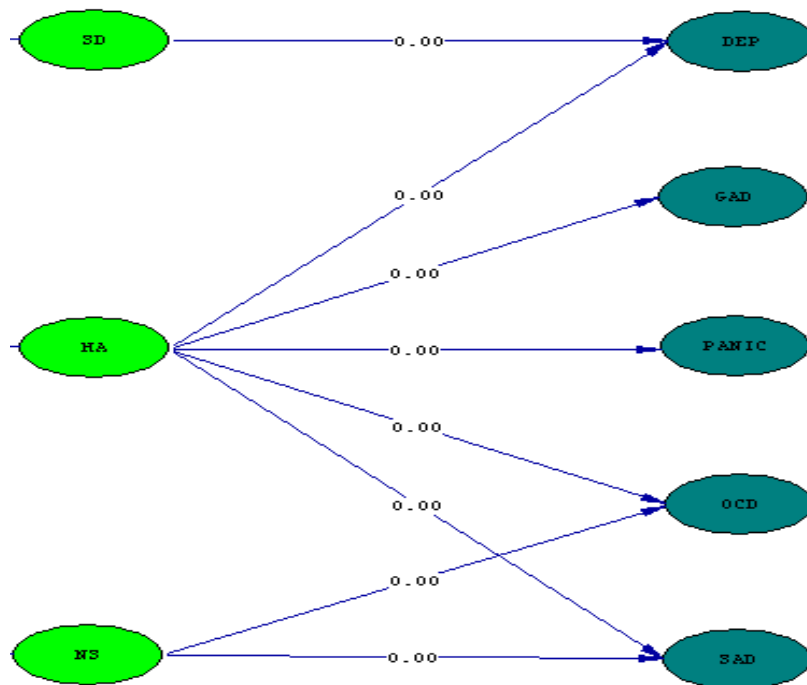
<sup>۲۶</sup>. Saviotti

<sup>۲۷</sup>. Wiborg

<sup>۲۸</sup>. Wachleski

<sup>۲۹</sup>. Rettew

هیجانی، نشان می‌دهد که HA بالا ویژگی مشترک اختلالات اضطرابی و افسردگی است. از سوی دیگر، مطالعات نشان می‌دهد که SD پایین ممکن است نقش مهمی در اختلال افسردگی داشته باشد؛ و نهایتاً این که مطالعات نشان می‌دهد که NS پایین با اختلال فوبی اجتماعی و اختلال وسواسی - جبری رابطه‌ی معناداری دارد. بنابراین بر اساس این نتایج، هدف مطالعه حاضر بررسی میزان برازش مدلی است که در آن انتظار می‌رود ابعاد مرتبه اول HA، SD و NS با اختلالات هیجانی روابط معناداری داشته باشد. در شکل ۱-۱ مدل ساختاری کلی ارائه شده است. بر اساس این مدل، عامل HA با همه‌ی اختلالات اضطرابی و افسردگی رابطه دارد و این عامل عمدتاً مسئول همپوشی مشاهده شده بین این اختلالات است. از سوی دیگر SD پایین عامل اختصاصی افسردگی و NS پایین عامل اختصاصی اختلال وسواسی - جبری و فوبی اجتماعی است.



شکل ۱-۱ مدل ساختاری کلی

SD = Self-directedness, HA=Harm avoidance, NS= Novelty seeking  
 DEP = Depression, GAD = Generalized Anxiety Disorder,  
 OCD = Obsessive-Compulsive Disorder, SAD= Social anxiety disorder

### ۳-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق

امروزه یکی از حوزه‌هایی که در آن مطالعات فراوانی در حال انجام است، بررسی و تبیین رابطه‌ی بین ویژگی‌های شخصیتی و آسیب‌شناسی روانی است. این خط از پژوهش از چند جهت دارای اهمیت است: نخست این که این مطالعات نقش مهمی در حل مشکلات مربوط به تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روانی از جمله همبودی مشاهده شده بین این اختلالات را دارد (کوتو، واتسون، رابلز<sup>۱</sup> و اشمیت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). در این راستا، توجه به ویژگی‌های نظام‌های ابعادی که عوامل موثر در اختلالات روانی را در پیوستار چندین عامل بنیادین در نظر می‌گیرند، از اهمیت زیادی برخوردار است. از سوی دیگر، بررسی رابطه‌ی بین ویژگی‌های شخصیتی و آسیب‌شناسی روانی، فهم ما را در سبب‌شناسی این اختلالات بالا می‌برد. این امر از طریق ارائه‌ی مدل‌های علی<sup>۳</sup> و شناسایی ابعادی که ویژگی‌های اختلالات را برجسته می‌کند و همچنین ابعادی که بین اختلالات روانی مختلف مشترک است و هم‌پوشی بین آن‌ها را توجیه می‌کند، صورت می‌گیرد (براون، ۲۰۰۷). علاوه بر موارد ذکر شده، تعیین مؤلفه‌های اساسی و مهم در هر یک از علایم اختلال‌های اضطرابی و افسردگی می‌تواند پیشنهاددهای سازنده‌ای را در جهت پیشگیری و همچنین تعیین خط‌مشی‌های درمانی ارائه کند (براون، ۲۰۰۷). به عنوان مثال، بررسی‌ها نشان می‌دهد که بعضی از ابعاد شخصیتی در نظریه‌ی کلونینگر با پاسخ‌های درمانی ویژه‌ای رابطه دارد. با توجه به موارد ذکر شده، به نظر می‌رسد طراحی و اجرای مطالعه‌ای که در آن به بررسی این ابعاد و رابطه‌ی آن‌ها با اختلالات هیجانی تاکید می‌شود، ضروری است.

---

<sup>۱</sup>.Robles

<sup>۲</sup>.Schmidt

<sup>۳</sup>.Etiological models



#### ۴-۱ اهداف تحقیق:

۴-۱-۱ هدف کلی: تعیین روابط ساختاری مؤلفه‌های سرست و منش شخصیت با اختلالات هیجانی

#### ۴-۲ اهداف جزئی:

۱- تعیین رابطه‌ی آسیب پرهیزی با اختلال افسردگی

۲- تعیین رابطه‌ی آسیب پرهیزی با اختلال اضطراب فراگیر

۳- تعیین رابطه‌ی آسیب پرهیزی با اختلال پانیک

۴- تعیین رابطه‌ی آسیب پرهیزی با اختلال فوبی اجتماعی

۵- تعیین رابطه‌ی آسیب پرهیزی با اختلال وسواسی - جبری

۶- تعیین رابطه‌ی خود-راهبری با اختلال افسردگی

۷- تعیین رابطه‌ی نوجویی با اختلال فوبی اجتماعی

۸- تعیین رابطه‌ی نوجویی با اختلال وسواسی - جبری

#### ۵-۱ فرضیه‌های پژوهش

۱- بین آسیب پرهیزی و اختلال افسردگی رابطه‌ی مثبت وجود دارد.

۲- بین آسیب پرهیزی و اختلال اضطراب فراگیر رابطه‌ی مثبت وجود دارد.

۳- بین آسیب پرهیزی و اختلال پانیک رابطه‌ی مثبت وجود دارد.

۴- بین آسیب پرهیزی و اختلال فوبی اجتماعی رابطه‌ی مثبت وجود دارد.

۵- بین آسیب پرهیزی و اختلال وسواسی - جبری رابطه‌ی مثبت وجود دارد.

۶- بین خود-راهبری و اختلال افسردگی رابطه‌ی منفی وجود دارد.

۷- بین نوجویی و اختلال فوبی اجتماعی رابطه‌ی منفی وجود دارد.

۸- بین نوجویی و اختلال وسواسی - جبری رابطه‌ی منفی وجود دارد.

## ۶-۱ متغیرهای پژوهش

در مطالعه حاضر دو بُعد سرشت (نوجویی، آسیب پرهیزی) و یک بُعد منش (خود راهبری) به عنوان متغیرهای پیش بین و اختلالات اضطرابی (اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواسی- جبری، اختلال فوبی اجتماعی، اختلال پانیک) و اختلال افسردگی به عنوان متغیرهای ملاک بررسی شده‌اند.

## ۷-۱ تعریف متغیرها: (مفهومی، عملیاتی)

### آسیب پرهیزی

تعریف مفهومی: این بعد نمایانگر آمادگی ارثی بازداری رفتاری در پاسخ به نشانه‌های تنبیه و ناکام کننده است (کلونینگر، ۱۹۹۴).

تعریف عملیاتی: نمره‌ای است که فرد در مقیاس آسیب-پرهیزی سیاهه سرشت و منش (TCI) به دست می‌آورد.

### نوجویی

تعریف مفهومی: نوجویی نمایانگر آمادگی ارثی برای جستجوی محرک‌های جدید، رویکرد مثبت به نشانه‌های پاداش، اجتناب فعال از نشانه‌های تنبیه شرطی و فرار از نشانه‌های تنبیه غیرشرطی است (کلونینگر، ۱۹۹۴).

تعریف عملیاتی: نمره‌ای است که فرد در مقیاس نوجویی سیاهه سرشت و منش (TCI) به دست می‌آورد.

## خود راهبری

تعریف مفهومی: خود راهبری یک بعد شخصیتی منشی است و نشانگر توان اراده و تصمیم‌گیری است بخشی شناختی از شخصیت است که به شناخت‌های فرد درباره خود و فردیت مربوط می‌شود (کلونینگر، ۱۹۹۴).

تعریف عملیاتی: نمره‌ای است که فرد در مقیاس خود راهبری سیاهه سرشت و منش (TCI) به دست می‌آورد.

## اختلال افسردگی

تعریف مفهومی:

ویژگی اصلی اختلال‌های افسردگی این است که افراد ملالت یا غم توانگاهی را احساس می‌کنند. محققان سلامت روانی دو نوع جدی افسردگی را متمایز می‌کنند: اختلال افسردگی اساسی که دوره‌های نشانه‌های افسردگی حاد اما کوتاه مدت را شامل می‌شود و اختلال افسرده خویی یا دیس تایمی که شامل دوره‌های افسردگی مزمن اما نه چندان شدید است (هالجین<sup>۱</sup> و ویتبورن<sup>۲</sup>، ۱۳۸۳). تشخیص اختلال افسردگی اساسی در DSM-IV-TR نیازمند آن است که علائم افسردگی دست کم دو هفته وجود داشته باشند. این علائم باید شامل خلق افسرده یا نبود علاقه و لذت باشد. علاوه بر علائم اصلی، DSM ملاک‌های دیگری نیز برای افسردگی در نظر می‌گیرد که حداقل چهار مورد برای تشخیص افسردگی اساسی ضروری است. این ملاک‌ها شامل: افزایش یا کاهش وزن و اشتها، بی خوابی یا پر خوابی، بی قراری یا کندی روانی - حرکتی، خستگی یا فقدان انرژی، احساس بی ارزشی یا گناه بی مورد، مشکل در تمرکز، بی تصمیمی، افکار مکرر مرگ یا گرایش به خودکشی. این علائم، ناراحتی قابل ملاحظه بالینی یا تخریب در عملکرد اجتماعی، شغل یا سایر زمینه‌های مهم به وجود می‌آورند (کاپلان<sup>۳</sup> و سادوک<sup>۴</sup>، ۱۳۸۹).

---

<sup>۱</sup>. Halgin

<sup>۲</sup>. Whitbourne

<sup>۳</sup>. Kaplan

<sup>۴</sup>. Sadock

تعریف عملیاتی: در این پژوهش افسردگی آن چیزی است که توسط سیاهه افسردگی بک (BDI) مورد سنجش قرار گرفته است.

#### اختلال فوبی اجتماعی

تعریف مفهومی: هراس اجتماعی، ترس شدید پایدار و نامعقول از آن دسته از موقعیت‌های اجتماعی است که شخص در آن ممکن است در معرض نگاه موشکافانه‌ی نا آشنا قرار بگیرد یا فقط با آن‌ها روبرو شود. شخص می‌ترسد به گونه‌ای رفتار کند یا علائم اضطراب نشان دهد که موجب تحقیر و شرمندگی او گردد. اشخاص مبتلا به هراس اجتماعی معمولاً سعی می‌کنند از موقعیت‌های که ممکن است در آن ارزیابی شوند، اجتناب کنند، نشانه‌های اضطراب را از خود بروز می‌دهند یا به شیوه‌های دستپاچه کننده رفتار می‌کنند. افراد مبتلا به این اختلال می‌دانند که ترسشان غیر منطقی است با این حال نمی‌توانند جلوی نگرانی خود را از این که دیگران مشغول بررسی دقیق آن‌ها هستند، بگیرند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۹).

تعریف مفهومی: در پژوهش حاضر فوبی اجتماعی آن چیزی است که به وسیله پرسش نامه‌ی فوبی اجتماعی (SPIN) مورد سنجش قرار گرفته است.

#### اختلال وسواسی - جبری

تعریف مفهومی: اختلال وسواسی -جبری با افکار و امیال پایدار و مهارناپذیر و نیاز به تکرار پی در پی اعمال خاص مشخص می‌شود. وسواس‌های فکری، افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌های مزاحم، مکرر و مقاومی هستند که ناخواسته به ذهن می‌آیند، مهار نشدنی‌اند و معمولاً برای شخصی که گرفتار آن است نامعقول به نظر می‌رسند. وسواس‌های عملی، رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری و به وضوح افراطی هستند که شخص احساس می‌کند وادار به انجام آن‌ها می‌شود تا اضطرابی را که افکار وسواسی ایجاد می‌کنند، کاهش دهند یا از وقوع فاجعه پیش‌گیری کنند (کرینگ<sup>۱</sup>، دیویسون<sup>۲</sup>، نیل<sup>۳</sup> و جانسون<sup>۴</sup>، ۱۳۸۸ و هالچین و ویتبورن، ۱۳۸۳).

---

<sup>۱</sup>.Kring

<sup>۲</sup>. Davison

<sup>۳</sup>.Neale

<sup>۴</sup>.Janson