

مقدمه

امروزه اختلال های اضطرابی با نرخ بروز ۱۸٪ و شیوع ۲۸/۸٪ از جمله شایع ترین اختلال های روانپزشکی هستند (کسلر^۱، چیو^۲، دملر و همکاران^۳، ۲۰۰۵) که به دلیل شیوع فراوان، پیچیدگی های ماهیتی، و همچنین هزینه های گزاف مراقبتی مورد توجه ویژه متخصصان بالینی قرار گرفته اند. فهم سازه های تاثیر گذار و بیان صریح عواملی که به طور مستقیم و یا غیرمستقیم بر آن اثر می گذارند کاری است بس دشوار؛ با این حال تلاش پژوهش گران و محققان در این عرصه، نتایج امیدوارکننده ای در پی داشته است. در همین راستا، توجه به تعیین نقش سازه های سستی و قدرتمند روانشناختی شخصیت و فراشناخت در سبب شناسی اختلال های اضطرابی و بررسی اثرات مستقل و تعاملی این سازه ها با بهره گیری از نظام تحلیلی آماری پیشرفته مدل یابی معادلات ساختاری^۴ جهت پیش بینی و تبیین اثرات این سازه ها بر این حوزه از اختلال های روانشناختی می تواند کمک کننده پژوهش ها و رویکردهای درمانی آتی در زمینه اختلال های هیجانی باشد.

در این فصل، ابتدا به بحث درباره ی مساله، اهمیت مورد پژوهش و ضرورت آن و سپس هدف های کلی و جزئی، فرضیه ها و سوال ها، متغیر ها و تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها پرداخته شده است.

1-kessler, R.C.

2. Chiu,W.T.

3. Demler, O.

4 Structural Equation Model(SEM)

بیان مساله

اختلال های اضطرابی از جمله شایع ترین و ناتوان کننده ترین اختلال های روانی می باشند که طی تاریخ بشر همواره وجود داشته اند و امروزه نسبت قابل ملاحظه ای از روان-نژندها(نوروزها) را به خود اختصاص داده اند(قاسم زاده، ۱۳۸۲). تخمین زده می شود که ۱۸٪ از مردم به یکی از این اختلال ها مبتلا باشند. مطالعه های انجام شده نیز همواره حاکی از آن بوده است که این اختلال ها مشکلات و عوارض زیادی را سبب می شوند. از میان اختلال های اضطرابی دو اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی- اجباری به دلیل ماهیت بسیار ناتوان کننده و رنج آور(بارلو^۱، ۲۰۰۲) از اهمیت ویژه ای برخوردارند.

اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۲ از جمله شایع ترین و فراگیر ترین اختلال های اضطرابی است که اغلب میل به ازمان دارد(دوپی و لادوکر، ۲۰۰۸). گر چه نوروز اضطراب مدت زیادی است که با مطالعات فروید معرفی شده است، اما GAD تشخیص نسبتاً جدیدی است و تعریف روشن و واضح این اختلال به عنوان یک اختلال روانی، با تجدید نظرهای اساسی صورت گرفته در ملاک های تشخیصی DSM-III-TR(۱۹۸۷) مطرح شده است(ریچ و ساندرسون، ۲۰۰۴). در ادامه نیز تجدید نظرهای کمی در ملاک های DSM-IV اتفاق افتاده است. با این وجود، در حال حاضر مطابق با نسخه ی بازنگری شده ی چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی^۳ (DSM-IV-TR) اختلال

¹ Barlow

²- Generalized anxiety disorder

³ . Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders – Fourth Edition – Text Revision (DSM-IV-TR)

اضطراب فراگیر با اضطراب، نگرانی و تنش مفرط و حالتی از انتظار توام با دلواپسی همراه با اختلال خواب، مشکلات تمرکز، خستگی پذیری و تحریک پذیری و احساس عصبانیت و بی صبری، با محوریت اتفاقات روزمره تعریف می شود که حداقل به مدت ۶ ماه دوام داشته است و در اکثر روزها موجب ناراحتی و رنجش فرد گردیده و رهایی از آن برای بیمار بسیار دشوار است. استرس معنی دار و شدید، حالتی از گوش به زنگی و اندیشناکی معطوف به آینده را در مورد حوادث احتمالی ناخوشایند و خطرات قریب الوقوع در این افراد ایجاد می کند که از لحاظ ذهنی بسیار ناراحتی برانگیز است (بارلو، ۲۰۰۲). علائم جسمانی همچون تنش عضلانی، سردرد، سرگیجه توام با احساس نگرانی و اضطراب در این اختلال نمود دارد و به افت عملکرد در زمینه های مهم زندگی، منجر می - شود (سادوک^۱، سادوک و کاپلان^۲، ۲۰۰۷). مشخص نمودن سن شروع این اختلال مشکل است، اکثر بیماران مبتلا اظهار می دارند که از وقتی به یاد دارند دچار اضطراب بوده - اند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۰۰). طبق تحقیقات انجام گرفته، این اختلال با شیوع تقریبی ۶/۶٪ در بین جمعیت عمومی، و شیوع یک ساله ی حدوداً ۱/۶٪ یکی از رایج ترین تشخیص های روانپزشکی است (ویتچن^۴، زائو^۵، کسلر^۶ و ایتون^۷، ۱۹۹۴؛ داگاس^۸ و رویچاود^۹، ۲۰۰۷). همانند بیشتر اختلال های اضطرابی، همایندی اختلال ها یک ویژگی

1 Sadok

2 Kaplan

3 Amrrican Psychiatric Association (APA)

4 Wittchen

5 Zhao

6 Kessler

7 Eaton

8 Dugas

9 Robichaud

نوعی در خلال دوره اختلال اضطراب فراگیر است. تقریباً ۸۰٪ مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، تمام عمر، یک اختلال خلق همراه نظیر افسردگی اساسی و بسیاری دیگر از اختلال های روانی را تجربه می کنند که همین امر منجر به اضطرابی شدیدتر و در مقابل پیش آگهی بدتر اختلال می شود (بالدوین^۱، آندرسون^۲، نات و همکاران، ۲۰۰۵). اختلال اضطراب فراگیر با افزایش خطر ابتلا به بیماری های طبی همراه بوده و نیز به عنوان یک عامل خطر در سبب شناسی گستره ای از اختلال های روانی به ویژه افسردگی و سوء مصرف الکل مورد توجه قرار گرفته است، به گونه ای که تشخیص و درمان به موقع آن یکی از دلمشغولی های قابل ملاحظه محافل بالینی است که در غیر این صورت پیامدهای اجتماعی بالایی خواهد داشت (دورهام^۳، ۲۰۰۷). این اختلال علاوه بر ناراحتی شدیدی که بر شخص بیمار متحمل می کند، هزینه های اجتماعی و مالی بالا و پیامدهای ناگواری همچون از دست دادن شغل در صورت تداوم و ازمان اختلال، درگیری در تعارضات زناشویی، در نتیجه کاهش رضایت از زندگی و افت کیفیت زندگی را نیز در پی دارد (گرینبرگ^۴ و همکاران، ۱۹۹۹؛ داگاس و رویچاود، ۲۰۰۷).

اختلال وسواسی-اجباری (OCD)^۵ نیز یکی از انواع اصلی اختلال های اضطرابی است که در میان اختلال های اضطرابی پیامدهای شدیدتری دارد (بارلو، ۲۰۰۲). طبق نسخه ی بازنگری شده چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-IV-TR انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، OCD به وسیله وسواس ها و اجبارهای تکرار

1 Baldowin

2 Anderson

3 Durham

4 Greenberg

5- Obsessive compulsive disorder

شونده‌ای تعریف شده است که زمان بر هستند (بیشتر از یک ساعت در روز) و همچنین تداخل چشمگیری در کارکرد روزمره شغلی (یا تحصیلی)، فعالیت های اجتماعی معمول یا روابط ایجاد می کنند. وسواس ها^۱ افکار، تصورات و تکانه های تکراری و مزاحم غیر قابل قبول و ناخواسته ای هستند که با مقاومت ذهنی روبرو می شوند که کنترل آنها مشکل است و باعث ایجاد ناراحتی می شوند. با این حال فردی که این افکار را دارد، غیر منطقی بودن آنها را تشخیص می دهد. اجبارها^۲ نیز رفتارها یا اعمال روانی قالبی یا تکراری است که معمولاً در پاسخ به وسواس های فکری و به منظور پیشگیری یا کاهش اضطراب و ناراحتی انجام می شوند (دی ای کلارک، ۲۰۰۴). در مقایسه با OCD، شیوع ویژگی های موجود در OCD بسیار بالا است. راجمن^۳ و داسیلوا^۴ (۱۹۷۹) دریافتند که تقریباً ۹۰ درصد افراد سالم، تجربه هایی از افکار، تصورات یا تکانه های مزاحم دارند که از نظر شکل و محتوا تفاوتی با افراد مبتلا به وسواس ندارند، اما تعبیر افراد مبتلا به وسواس از افکار مزاحم، متمایز کننده افکار مزاحم طبیعی از افکار مزاحم وسواس است (کلارک^۵ و فربورن^۶، ترجمه ی کاویانی، ۱۳۸۶). شیوع OCD ۱ تا ۲ درصد جمعیت عمومی تخمین زده می شود. بعضی از پژوهشگران تخمین زده اند که بین بیماران سرپایی شیوع این اختلال به ۱۰٪ برسد. این ارقام OCD را پس از فوبیها، اختلال های وابسته به مواد و اختلال های افسردگی در ردیف شایع ترین تشخیص های روانپزشکی قرار می دهد (سادوک، سادوک و

1 Obsession

2 Compulsion

3 Rachman S

4 Desilva P

5 Klark

6 Fairbun

کاپلان، ۲۰۰۷). میانگین سن شروع این اختلال در حدود ۲۰ سالگی است. ۵۳٪ از افراد مبتلا را زنان تشکیل می دهند و در مردها سن شروع پایتتر است. OCD ممکن است در نوجوانی و کودکی و در مواردی حتی در ۲ سالگی شروع شود. بیشتر افراد مبتلا به OCD در جستجوی درمان نیستند و معمولاً زمان زیادی بین شروع علائم و مراجعه برای درمان فاصله می افتد. علاوه بر این OCD با اختلال های زیادی همبندی دارد به گونه ای که احتمال شیوع اختلال افسردگی اساسی در مبتلایان به OCD در حدود ۶۷٪ می باشد و همینطور در طیف وسیعی از سایر اختلال ها علائم OCD مشاهده می شود (سادوک، سادوک و کاپلان، ۲۰۰۷). از این رو محققین اختلال های طیف وسواس فکری- عملی^۱ (OCSs) را مطرح کرده اند (کلارک، ۲۰۰۴).

همانگونه که مطرح شد اختلال های OCD و GAD بواسطه نشانه های رفتاری، هیجانی و شناختی خویش بر کارکرد های روزانه مبتلایان، تاثیرات منفی بر جای می- گذارند و سالیانه میلیون ها نفر را به مراکز درمانی سوق می دهند (روزنهان و سلینگمن، ۲۰۰۲). طی سال های اخیر اختلال های اضطرابی ۳۱٪ از کل هزینه های مراقبت سلامت روانی را به خود اختصاص داده است. این میزان از هزینه اختلال های خلقی و اسکیزوفرنی بیشتر بوده است (بارلو، ۲۰۰۲). به همین منظور در طول سالیان متمادی برای سبب شناسی این دو اختلال، تلاش های پیگیری به عمل آمده است و پژوهش هایی با همین هدف و با رویکردی معطوف بر شخصیت و بررسی رابطه آن با آسیب شناسی روانی اختلال های اضطرابی انجام گرفته است (کلارک، ۲۰۰۵؛ و واتسون و کلارک، ۱۹۹۴).

¹ Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (OCSs)

² - Rosenhan & Seligman

دلیل توجه به شخصیت در تبیین سایکوپاتولوژی، سیر رو به ازمان آن است. بدین معنا که عامل های شخصیتی در طول زمان ثابت بوده و چندان تغییر نمی کنند. بنابر این قابل تصور است که عامل های شخصیتی، برای پیش بینی تغییرات اختلال های روانی سازه های مناسبی باشند. از همین رو است که پرداختن به این سازه ی نظری در جریان پژوهشی مهم تلقی می شود. در عین حال، آن دسته از نظریه های شخصیتی که بیشتر بر پایه های زیستی استوارند، می توانند تغییرات سایکوپاتولوژی را از اوان کودکی تبیین نموده و رفتارهای بعدی را دقیق تر پیش بینی نمایند. از اینرو از میان نظریه های زیستی شخصیت، در سال های اخیر صورت بندی کلونینگر^۱ تحت عنوان "سرشت و منش" رویکرد جامع-تری به شخصیت داشته و حمایت تجربی بیشتری بدست آورده است. نظریه شخصیت کلونینگر، حاصل ادغام رویکردهای زیستی، شناختی، رفتاری و انسان گرایی در باب شخصیت بوده و به نظر می رسد در فرهنگ ها و نژادهای مختلف صادق است، به گونه ای که در بیست کشور جهان از قاره های مختلف از جمله ایران بررسی شده و نتایج حاکی از تایید نظریه بوده است (میتونن^۲، کانتویاروی^۳، ویولا^۴، یارولین^۵ و یوکاما^۶، ۲۰۰۶). مبتنی بر یافته های متنوع که به ارتباط بین اختلال های هیجانی و ابعاد سرشتی منشی کلونینگر معطوف گردیده اند (بال، اسمولینو شکهار^۷، ۲۰۰۲، آلونسو^۸ و همکاران، ۲۰۰۷) چنین

1 Cloninger

2. Miettunen

3. Kantoja rvi

4. Veijola

5. Ja rvelin

6. Joukamaa

7 Ball,Smolin,Shekhar

8 Alonso et.al

استنباط می‌شود که ابعاد سرشتی-منشی نقش علی یا تداوم بخش اختلال‌های هیجانی را ایفا می‌کنند.

همانطور که مطرح شد تلاش‌های بسیاری جهت سبب‌شناسی اختلال‌های اضطرابی صورت گرفته است لکن این تلاشها به مدل‌های نظری-تیینی روشنی منتهی نشده است. از این رو، در دو دهه گذشته، تغییر پارادایمی در تبیین این دو اختلال بوقوع پیوسته است (برکوویتز، روبینسون، پروزینسکی و دپری، ۱۹۸۷،^۱). در این تغییر پارادایمی بر نقش فرایندهای فراشناختی، تاکید بیشتری شده است (بروکویتز و مازلت-استونس^۲ و دیاز^۳، ۱۹۹۹، کارترایت^۴ و ولز^۵ ۱۹۹۷). فراشناخت مفهومی چند وجهی است و مفاهیم گسترده‌ای از قبیل دانش یا باورهای ثابت درباره‌ی سیستم شناختی افراد، آگاهی در مورد عواملی که کارکرد این سیستم را تحت تاثیر قرار می‌دهند، آگاهی از وضعیت شناختی جاری و تنظیم آن، و در نهایت ارزیابی میزان اهمیت افکار و خاطرات را شامل می‌شود (ولز، ۲۰۰۰). مطالعه‌ی فرایندهای فراشناختی در اختلال‌های هیجانی، با نظریه‌ی کارکرد اجرایی خود نظم بخش (S-REF)^۵، ولز و ماتیسوس، ۱۹۹۶، ۱۹۹۴) توسعه یافته است. نکته مهم در زمینه فراشناخت و رابطه آن با سایکوپاتولوژی، شمار فراوان تحقیقاتی است که به بررسی رابطه مولفه‌های فراشناختی با اختلال‌های روان‌شناختی پرداخته‌اند. این تحقیقات، نقش مؤلفه‌های فراشناختی را در علایم و سندرم‌های متعددی چون افسردگی، اختلال وسواسی جبری، اختلال اضطراب منتشر، استرس ادراک‌شده، اختلال استرس پس از

1- Berkovec , Robinson , Pruzinsky , Depree

2- Mazlet_Stevens

3- Diaz

4- Cartwright_hotton

5 Self-regulatory executive function

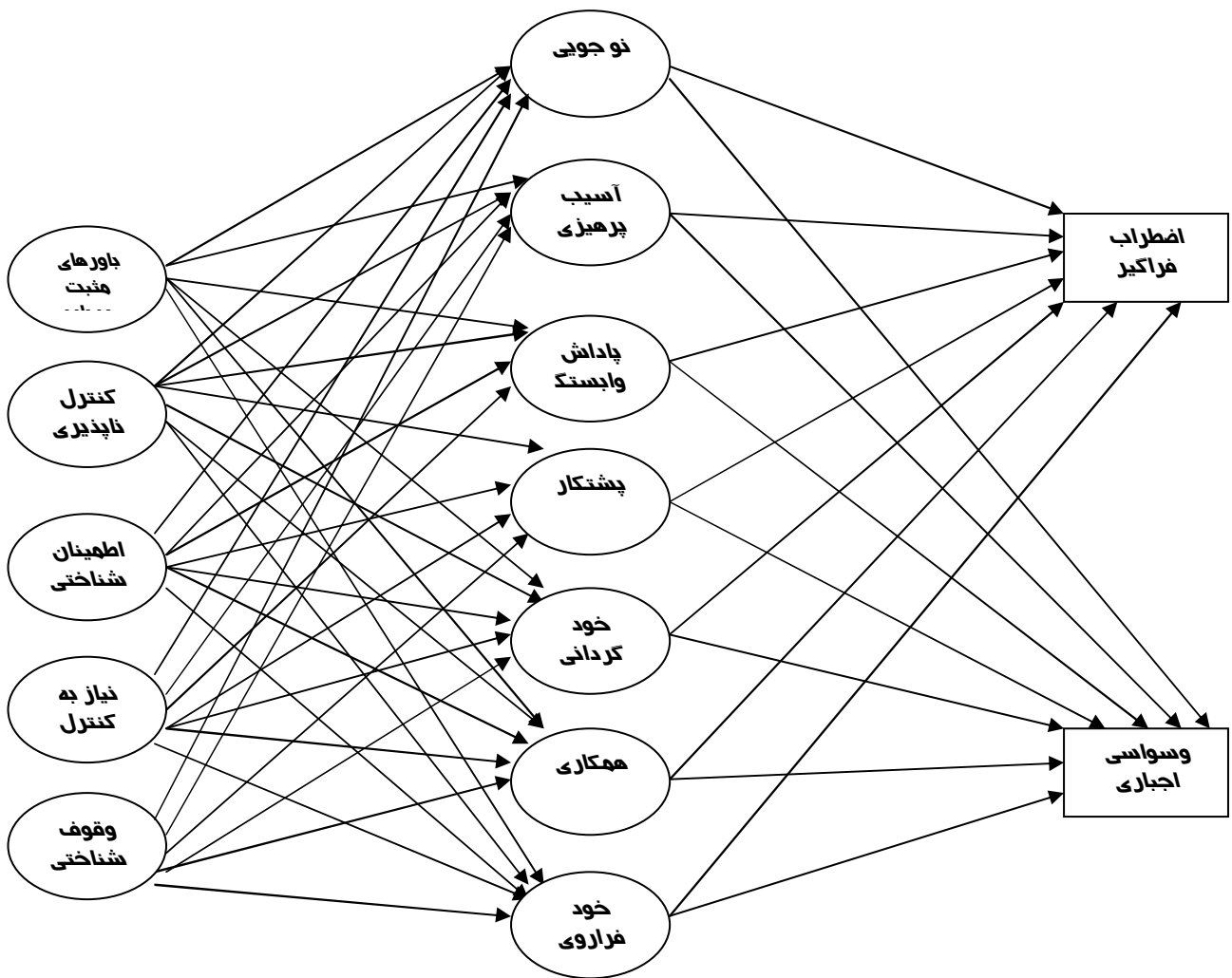
سانحه، اضطراب امتحان، خودبیمارانگاری، نوشیدن افراطی مشروبات الکلی، تعویق^۱، روان‌پریشی و وابستگی به دخانیات نشان داده‌اند (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۸ آ و ب؛ و کورکوران^۲ و سگال^۳، ۲۰۰۸). در نظر گرفتن نقش فراشناخت در حیطه درمان اختلال‌های اضطرابی و یافته‌های پژوهشی ناظر بر رابطه آن با این اختلال‌ها، موجب شد تا در مطالعه حاضر به بررسی دقیق‌تر رابطه مؤلفه‌های فراشناختی با علائم اختلال OCD و GAD پرداخته شود. از این رو، مطالعه‌ی حاضر در پی این است که الگوی روابط ساختاری بین مولفه‌های فراشناختی و علائم اختلال OCD و GAD را بازشناخته و سهم پیش‌بین مولفه‌های فراشناختی را در ارتباط با تبیین این علائم تعیین نماید.

با توجه به مطالعات پیشین که بر نقش عوامل شناختی بالاخص فرایند‌های فراشناختی از یک سو و ابعاد شخصیتی از سوی دیگر تاکید داشته‌اند، این سوال‌ها مطرح می‌شود که ابعاد سرشتی و منشی، چه نقشی مابین فرایندهای فراشناختی و اختلال‌های اضطرابی بالاخص GAD و OCD بازی می‌کنند؟ آیا ابعاد شخصیتی نقش میانجی مابین فراشناخت و اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی-اجباری را دارد (شکل ۱) یا آنکه مولفه‌های فراشناختی نقش میانجی بین شخصیت و دو اختلال مذکور را دارد (شکل ۲)؟ حالت مفروض دیگر آن است که شخصیت و فراشناخت هیچکدام میانجی این رابطه نباشند بلکه هر دو تاثیری مستقل و مستقیم بر دو اختلال ذکر شده داشته باشند (شکل ۳).

¹ - procrastination

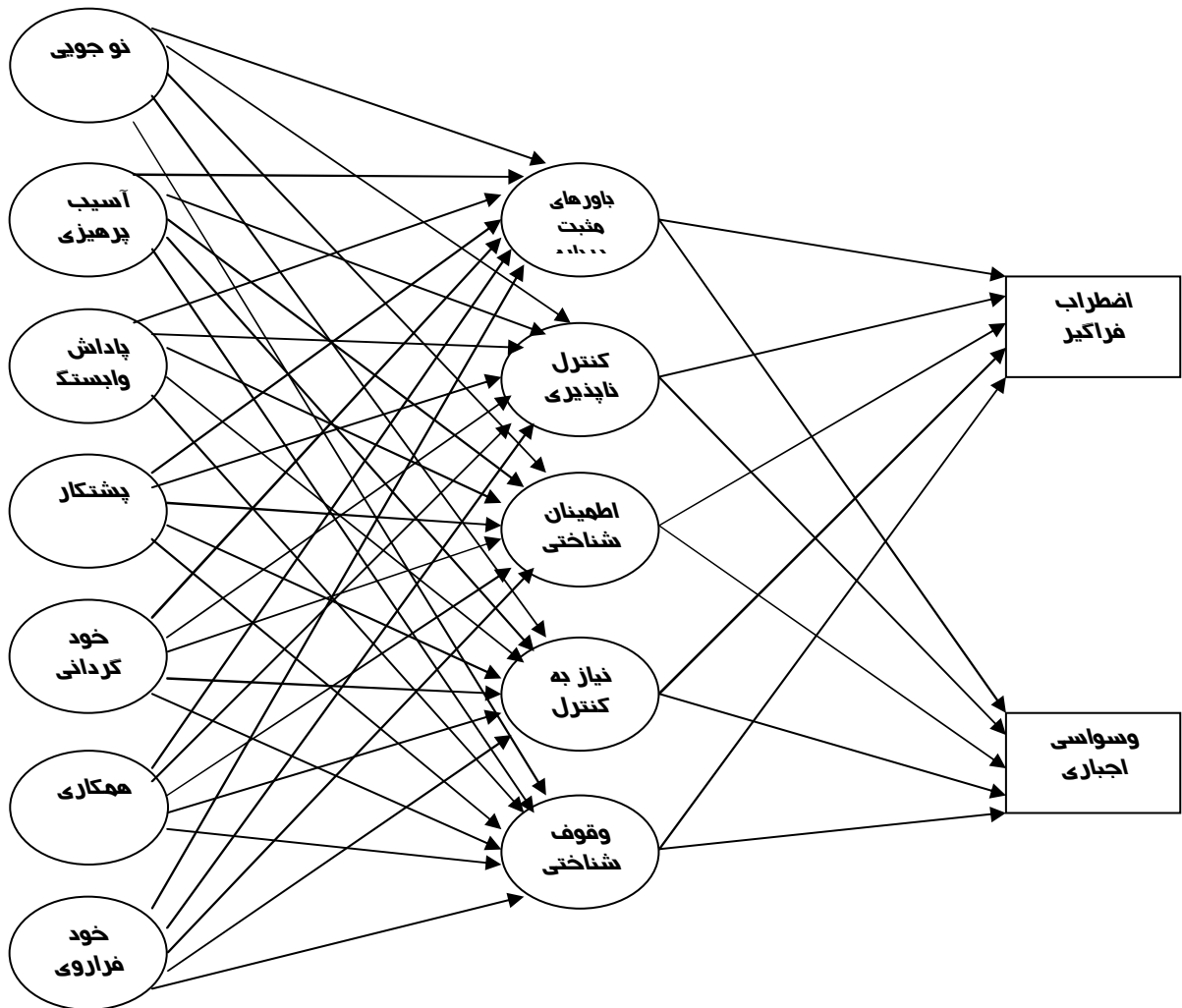
² - Corcoran, K. M.

³ - Segal, Z. V.



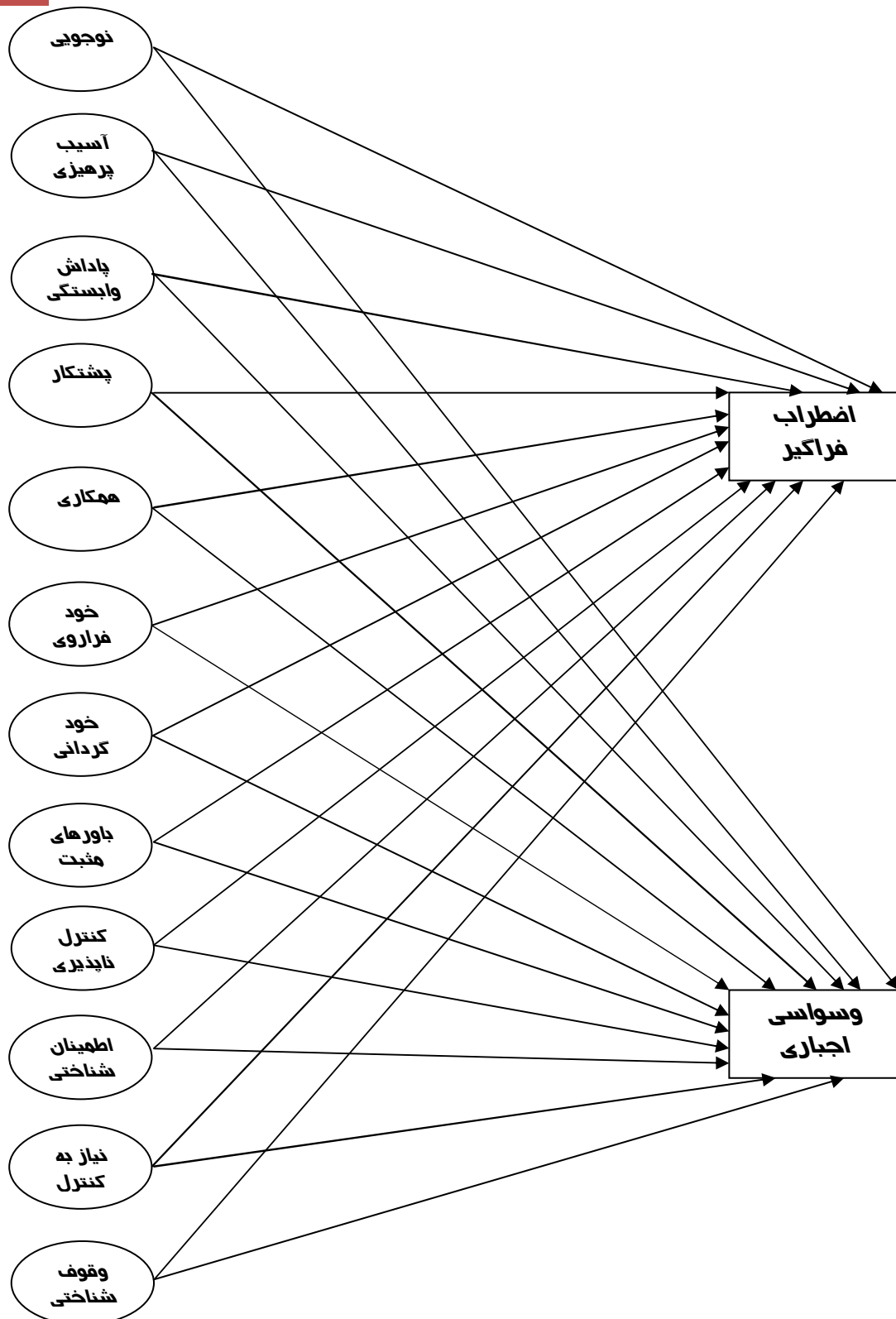
شکل ۱. مدل ساختاری مفروض شخصیت به عنوان میانجی رابطه فراشناخت و خوشه علائم اختلالات اضطراب

فراگیر و وسواسی اجباری



شکل ۲. مدل ساختاری مفروض فراشناخت به عنوان میانجی رابطه شخصیت و خوشه علائم اختلالات اضطراب

فراگیر و وسواسی اجباری



شکل ۳. مدل ساختاری مفروض شخصیت و فراشناخت به عنوان سازه های هم ارز در پیش بینی

خوشه علائم اختلالات اضطراب فراگیر و وسواسی اجباری

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

در عصر حاضر حالت های اضطرابی بیشترین مراجعات به پزشکان را به خود اختصاص داده اند در این میان اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی- اجباری با میزان شیوع ۱۸/۷ درصد از جمله شایع ترین اختلال های روان پزشکی هستند. طبق بررسی های به عمل آمده شیوع بسیار بالای این اختلال ها مشکل های زیادی در کارکرد شغلی، بین فردی، مالی، تحصیلی، زناشویی و مراقبتی افراد مبتلا ایجاد می کنند و همین امر هزینه های گزافی از خدمات بهداشتی را متحمل جوامع می کند. با توجه به ماهیت عاجز کننده، اختلال های همبود و شیوع قابل توجه این اختلال ها، شناخت صحیح عوامل سبب شناختی و تداوم بخش و انتخاب راهبردهای درمانی به موقع پژوهش های نظری و کاربردی دقیق و بی شماری را می طلبد. در دهه های گذشته عوامل شخصیتی، و در سال های اخیر، فراشناخت به عنوان عواملی اساسی و بنیادین در تبیین های روانشناختی، نقش مهم و موثری در سبب شناسی و آسیب شناسی اختلال های روانی داشته اند. بررسی متغیرهای فوق در چارچوب مطالعات آسیب شناسی روانی، همواره خط نخست پژوهش های محققان در این حوزه بوده است. با این حال، در نظر گرفتن پیشرفت های نظری و تجربی این حیطه و از طرفی به کارگیری ابزارهای مناسب و جدید بر خاسته از رویکردهای نظری مرتبط با آسیب شناسی روانی، لزوم ارزیابی های دقیق و موشکافانه در جهت تبیین نقش عامل های شخصیتی و مولفه های فراشناختی را در اختلال های هیجانی ضروری می نماید. همچنین مطالعات اندکی طراحی و اجرا شده اند که نقش علی این سازه های سنتی و قدرتمند روانشناختی را در تبیین علایم اختلال های اضطرابی خصوصاً GAD و OCD بررسی نمایند، و مطالعه ی حاضر جزو معدود کوشش های پژوهشی در این عرصه می باشد. با توجه موارد گفته شده، مطالعه ی حاضر قادر است با بررسی روابط ساختاری ابعاد شخصیتی و مولفه های

فراشناختی با علائم اختلال های اضطرابی (GAD و OCD) افق های نظری جدیدی را در تبیین های سبب شناختی و آسیب شناختی اختلال های هیجانی ایجاد نماید. همچنین تعیین مولفه های اساسی و مهم در هر یک از اختلال های اضطرابی (GAD و OCD) می تواند پیشنهاد های سازنده ای در جهت تعیین خط مشی های درمانی داشته باشد.

هدف های پژوهش

هدف کلی

تعیین روابط ساختاری باورهای فراشناختی و ابعاد سرشتی-منشی شخصیت (بر اساس مدل کلونینگر) با خوشه ی علائم اختلال GAD و OCD.

هدف های جزئی

۱. تعیین رابطه باورهای مثبت درباره ی نگرانی با خوشه علائم اختلال GAD و

OCD

۲. تعیین رابطه باورهای مربوط به غیر قابل کنترل بودن و خطرناک بودن با

خوشه علائم اختلال GAD و OCD

۳. تعیین رابطه باورهای مربوط به اطمینان شناختی با خوشه علائم اختلال GAD

و OCD

۴. تعیین رابطه باورهای منفی کلی در افرادی با خوشه علائم اختلال GAD و

OCD

۵. تعیین رابطه خود آگاهی شناختی با خوشه علائم اختلال GAD و OCD

۶. تعیین رابطه میزان نو جویی با خوشه علائم اختلال GAD و OCD
۷. تعیین رابطه میزان آسیب پرهیزی با خوشه علائم اختلال GAD و OCD
۸. تعیین رابطه میزان پاداش وابستگی با خوشه علائم اختلال GAD و OCD
۹. تعیین رابطه میزان پشتکار با خوشه علائم اختلال GAD و OCD
۱۰. تعیین رابطه میزان خود گردانی با خوشه علائم اختلال GAD و OCD
۱۱. تعیین رابطه میزان همکاری با خوشه علائم اختلال GAD و OCD
۱۲. تعیین رابطه میزان خود فراروی با خوشه علائم اختلال GAD و OCD
۱۳. تعیین برازنده ترین مدل پیش بینی خوشه علائم اختلال GAD و OCD از

طریق مدل یابی ساختاری

۱۴. تعیین رابطه باورهای فرا شناختی و ابعاد سرشتی-منشی شخصیت (بر اساس

مدل کلونینگر) با خوشه علائم اختلال GAD و OCD

فرضیه های پژوهشی

۱. بین مولفه فراشناختی باورهای مثبت درباره نگرانی و خوشه علائم اختلال اضطراب فراگیر رابطه مثبت وجود دارد.
۲. بین مولفه فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر و خوشه علائم اختلال اضطراب فراگیر رابطه مثبت وجود دارد.
۳. بین مولفه فراشناختی اطمینان شناختی و خوشه علائم اختلال اضطراب فراگیر رابطه مثبت وجود دارد.

۴. بین مولفه فراشناختی نیاز به کنترل افکار و خوشه علائم اختلال اضطراب فراگیر رابطه مثبت وجود دارد.
۵. بین مولفه فراشناختی وقوف شناختی و خوشه علائم اختلال اضطراب فراگیر رابطه مثبت وجود دارد.
۶. بین مولفه فراشناختی باورهای مثبت درباره نگرانی و خوشه علائم اختلال وسواسی-اجباری رابطه مثبت وجود دارد.
۷. بین مولفه فراشناختی اطمینان شناختی و خوشه علائم اختلال وسواسی-اجباری رابطه مثبت وجود دارد.
۸. بین مولفه فراشناختی نیاز به کنترل افکار و خوشه علائم اختلال وسواسی-اجباری رابطه مثبت وجود دارد.
۹. بین مولفه فراشناختی وقوف شناختی و خوشه علائم اختلال وسواسی-اجباری رابطه مثبت وجود دارد.
۱۰. بین بُعد شخصیتی آسیب پرهیزی و خوشه علائم اختلال اضطراب فراگیر رابطه مثبت وجود دارد.
۱۱. بین بُعد شخصیتی همکاری و خوشه علائم اختلال اضطراب فراگیر رابطه منفی وجود دارد.
۱۲. بین بُعد شخصیتی خود فراروی و خوشه علائم اختلال اضطراب فراگیر رابطه منفی وجود دارد.
۱۳. بین بُعد شخصیتی آسیب پرهیزی و خوشه علائم اختلال وسواسی-اجباری رابطه مثبت وجود دارد.

۱۴. بین بُعد شخصیتی همکاری و خوشه علائم اختلال وسواسی- اجباری رابطه مثبت وجود دارد.

۱۵. بین بُعد شخصیتی پشتکار و خوشه علائم اختلال وسواسی- اجباری رابطه مثبت وجود دارد.

سوالات پژوهش

۱. آیا بین مولفه فراشناختی نیاز به کنترل افکار و خوشه علائم اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد؟

۲. از میان مدل‌های رقیب رابطه مولفه‌های فراشناختی و ابعاد شخصیتی با خوشه علائم اختلال‌های اضطراب فراگیر و وسواسی- اجباری (فراشناخت مستقل و شخصیت میانجی؛ شخصیت مستقل و فراشناخت میانجی؛ و فراشناخت و شخصیت هر دو مستقل) کدامیک برازش بهتری دارد؟

طبقه بندی متغیرها

متغیرهای پیش بین: ابعاد سرشتی- منشی شخصیت و مولفه‌های فراشناختی

متغیرهای ملاک: خوشه علائم OCD و GAD

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

در این پژوهش عامل‌های شخصیتی نوجویی، آسیب-پرهیزی، پاداش وابستگی، پشتکار، خودگردانی، همکاری و خودفراروی به همراه مولفه‌های فراشناختی متغیرهای پیش بین و خوشه علائم اختلال OCD و GAD، متغیرهای ملاک هستند.

شخصیت

شخصیت مجموعه‌ای از ویژگی‌های پایدار و بی‌نظیر است که ممکن است در پاسخ به موقعیت‌های مختلف تغییر کند (شولتز^۱ و شولتز^۲، ۱۳۸۱). در این پژوهش شخصیت عبارت است از عامل‌های شخصیتی نظریه‌ی کلونینگر شامل نوجویی، اجتناب از خطر، وابستگی به پاداش، پشتکار، خودگردانی، همکاری و خودفراروی.

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. این بُعد از نظر زیستی با نورون‌های دوپامینرژیک مغز که بازنماینده سیستم فعال‌سازی رفتاری هستند، در ارتباط است (سریکیک و کلونینگر، ۲۰۰۵).

تعریف عملیاتی: نمره ای است که فرد در مقیاس نوجویی پرسشنامه شخصیت سرشت و منش^۳ (TCI) به دست می‌آورد.

آسیب-پرهیزی

تعریف مفهومی: این بُعد نمایانگر آمادگی ارثی بازداری رفتاری در پاسخ به نشانه‌های تنبیه و ناکام‌کننده است. این بُعد از نظر زیستی با نورون‌های سروتونرژیک رافه

¹ - schults, A. A.

² - Schults, A. B.

³ .Temperament Character Inventory(TCI)

پشتی مغز و نوروترانسمیتر گابا^۱ که بازنماینده سیستم بازداری رفتاری هستند، در ارتباط است (سریکیک و کلونینگر، ۲۰۰۵).

تعریف عملیاتی: نمره ای است که فرد در مقیاس آسیب-پرهیزی پرسش نامه شخصیت سرشت و منش (TCI) به دست می آورد.

پاداش وابستگی

تعریف مفهومی: پاداش وابستگی نشانگر سوگیری ارشی در حفظ رفتار در پاسخ به نشانه های پاداش اجتماعی است و بر تفاوت های موجود در میزان تسهیل یادگیری تداعی استوار است (کلونینگر، ۱۹۸۹ نقل از کاویانی، ۱۳۸۲). این بُعد از نظر زیستی بیشتر با نورون های نوراپینفرینرژیک و تا حدودی با نورون های سروتونرژیک رافه میانی در ارتباط است (سریکیک و کلونینگر، ۲۰۰۵).

تعریف عملیاتی: نمره ای است که فرد در مقیاس پاداش وابستگی پرسش نامه شخصیت سرشت و منش (TCI) به دست می آورد.

پشتکار

تعریف مفهومی: بُعد سرشتی پشتکار، نمایانگر حفظ رفتار علی رغم ناکامی، خستگی و تقویت های گاه گاهی و نامنظم است. این بُعد نشانگر تفاوت های فردی در خاموشی نسبت به شرطی سازی است. از نظر زیستی، این بُعد با نوروترانسمیتر

1. γ -Aminobutyric acid (GABA)

گلوتامات و سروتونین ترشح شده از رافه جانبی مربوط است (سریکیک و کلونینگر، ۲۰۰۵).

تعریف عملیاتی: نمره ای است که فرد در مقیاس پشتکار پرسش نامه شخصیت سرشت و منش (TCI) به دست می آورد.

خودگردانی

تعریف مفهومی: خودگردانی یک بُعد شخصیتی منشی است و نشانگر توان اراده و تصمیم گیری است (کونراد و همکاران، ۲۰۰۷)، بخشی شناختی از شخصیت است که به شناخت های فرد درباره خود و فردیت مربوط می شود (کلونینگر و سریکیک، ۲۰۰۵). از نظر زیستی، این بُعد عمدتاً با کورتکس پیش پیشانی مربوط است (کلونینگر، ۱۹۹۴؛ کاویانی، ۱۳۸۲).

تعریف عملیاتی: نمره ای است که فرد در مقیاس خودگردانی پرسش نامه شخصیت سرشت و منش (TCI) به دست می آورد.

همکاری

تعریف مفهومی: همکاری نیز یک بُعد منشی شخصیت است و به معنای توان تحمل، مدارا و همدلی با دیگران است (کونراد و همکاران، ۲۰۰۷). بخشی شناختی از شخصیت است و به شناخت های فرد درباره جامعه و دیگران مربوط می -