

تمایز اختلال افسردگی اساسی و اختلال وسواسی - جبری با گروه سالم: نقش عامل‌های شخصیتی

رباب بشارت قراملکی^{۱*}، دکتر زینب خانجانی^۲، دکتر جلیل باباپور خیرالدین^۳

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۴/۲۶، تاریخ پذیرش: ۹۱/۰۶/۱۴

چکیده

پیش زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر مطالعه مولفه‌های شخصیتی در بین بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، وسواسی و افراد سالم بود. **مواد و روش کار:** ۵۰ نفر بیمار افسرده اساسی (MDD) و ۵۰ بیمار وسواسی (OCD) به شیوه نمونه گیری در دسترس از بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های روان پزشکی و مراکز مشاوره شهر تبریز انتخاب شدند. گروه کنترل نیز به تعداد ۵۰ نفر بعد از هم‌سازی با گروه‌های بیمار از میان دانشجویان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شیوه نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های افسردگی بک (BDI-II)، سیاهه وسواسی-جبری مادسلی (MOCI) و پرسشنامه نئو (NEO-FFI) پاسخ دادند. **یافته‌ها:** در عامل روان‌رنجوری و برون‌گرایی بین دو گروه افسرده و بهنجار و نیز گروه وسواسی و بهنجار تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$) اما بین دو گروه افسرده و وسواسی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در عامل دلبذیری بین گروه وسواس و بهنجار و همچنین بین گروه افسرده و وسواس تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$). در عامل با وجدان بودن نیز بین دو گروه افسرده و وسواس و گروه افسرده و بهنجار تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/001$). **نتیجه گیری:** بر حسب یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان برخی از متغیرهای شخصیتی را مرتبط با اختلال افسردگی و وسواسی دانست. **کلید واژه‌ها:** مدل پنج عامل شخصیتی، افسردگی اساسی، اختلال وسواسی-اجباری

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و سوم، شماره چهارم، ص ۳۷۴-۳۸۸، مهر و آبان ۱۳۹۱

آدرس مکاتبه: تبریز، خیابان عباسی، جنب پارک چشم انداز، اورژانس اجتماعی- شماره تماس: ۰۹۱۴۳۱۷۹۸۶۷

Email: besharat_r@yahoo.com

مقدمه

بوده که همیشه علاقه روان‌شناسان را برانگیخته است، و این سوال مطرح است که آیا هر یک از این اختلالات دارای الگوی خاصی از متغیرهای شخصیتی هستند یا نه. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که با وجود یک ویژگی شخصیتی بنیادی می‌توان، وجود علائم خاص افسردگی را پیش بینی کرد. به عنوان مثال گروکزا و همکاران با استفاده از پرسشنامه کلونینجر ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و علائم افسردگی را در نمونه‌های غیربالینی مورد مطالعه قرار دادند، آن‌ها ارتباط معناداری را بین متغیرهای زیر پیدا کردند: ارتباط مثبت بین اجتناب از صدمه با اغلب علائم افسردگی؛ با نمره بالا در وابستگی به پاداش و سرسختی، با خواب نا آرام و علائم ذهنی افسردگی؛ بین نمره پایین در وابستگی

اختلال افسردگی اساسی^۴ به عنوان سومین اختلال شایع روانی (۱) و اختلال وسواسی-جبری^۵ به عنوان چهارمین اختلال شایع روانی (۱)، به دلیل ویژگی‌هایی که دارند، می‌توانند تأثیرات مخربی بر عملکرد شغلی، تحصیلی و اجتماعی فرد داشته باشند. به عنوان نمونه اختلال وسواسی-جبری به دلیل ویژگی‌هایی از قبیل شستشوی افراطی، چک کردن‌های زیاده از حد می‌تواند در کارکرد خانواده و نیز کیفیت زندگی خلل ایجاد نماید (۲). پژوهشگران اخیراً متوجه شده‌اند که سطح تخریب کارکرد این اختلال را می‌توان با اختلال‌های روان‌پریشی مقایسه کرد (۳). از سوی دیگر رابطه بین این اختلالات با مؤلفه‌های شخصیتی از جمله سوال‌هایی

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۳ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۴ major depression disorder

^۵ obsessive compulsive disorder

همچنین بر طبق برخی از مطالعات بیماران وسواسی - جبری در مقایسه با گروه کنترل نمره بالاتری نسبت به گروه کنترل در عامل‌های نوروزگرایی، برونگرایی، جنبه‌های انتخابی مسئولیت‌پذیری و با وجدان بودن به دست می‌آورند (۱۳).

با توجه به مطالب گفته شده و نیز اهمیت تأثیر ویژگی‌های شخصیتی در بروز و تداوم افسردگی و اختلال وسواسی-جبری و از طرفی یافته‌های اندک در ایران، هدف پژوهش حاضر مقایسه پنج عامل شخصیت در بین سه گروه (بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، بیماران افسرده اساسی و افراد سالم) می‌باشد.

روش کار

نوع مطالعه در این پژوهش از نوع توصیفی و علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و وسواسی - جبری مراجعه کننده به درمانگاه‌های روان‌پزشکی و مراکز مشاوره شهر تبریز می‌باشند، که از بین این بیماران ۵۰ نفر افسرده (۳۲ زن و ۱۸ مرد)، ۴۹ بیمار وسواس (۳۰ زن و ۲۰ مرد) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

شرایط اصلی ورود به طرح موارد زیر بودند: داشتن افسردگی اساسی بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات عاطفی^۴ و پرسشنامه افسردگی بک (برای گروه افسرده)، داشتن اختلال وسواسی-جبری بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی و پرسشنامه مادسلی، ملاک‌های حذفی هم شامل اختلالات پسیکوتیک، اختلالات شخصیتی، نداشتن اختلال روانی دیگر به صورت همزمان، عقب‌ماندگی ذهنی و وابستگی دارویی بود. گروه کنترل نیز به تعداد ۵۰ نفر (۳۰ زن و ۲۰ مرد) از طریق همتاسازی با گروه‌های بیمار در متغیرهایی مانند جنس، سن، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات، از میان دانشجویان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شیوه نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. گروه کنترل قبل از انجام دادن آزمون‌ها در یک مصاحبه روان‌شناختی شرکت می‌کردند تا عدم مبتلا بودن به افسردگی، وسواسی جبری یا دیگر اختلالات روان‌پزشکی در آن‌ها تایید شود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

آزمون شخصیتی نئو (NEO-FFI)

این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۹۸۵ توسط کوستا و مک کری تهیه شد. مؤلفین با تغییراتی که بر روی پرسشنامه انجام

به پاداش و سرسختی با از دست دادن اشتها و انرژی؛ و بین نوجویی با مشکل در حفظ عاطفه مثبت، مشکل در تمرکز و خطر خودکشی (۴). Harkness و همکاران رابطه بین پنج عامل شخصیتی و افسردگی جزئی را بررسی کردند و دریافتند که روان رنجوری^۱ ارتباط مثبت معنی‌دار؛ و دل‌پذیر بودن^۲ ارتباط منفی معنی‌دار با افسردگی جزئی دارند (۵). در حالی که ارتباط روان رنجوری با افسردگی در اغلب تحقیقات نشان داده شده است (۶،۷)، برخی از پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که برون‌گرایی هم در نمونه‌های بالینی (۶)، و هم در نمونه‌های غیر بالینی (۸)، رابطه‌ای منفی با افسردگی دارد. چپوکوتا و استیل، در مطالعه‌ای که بر روی نمونه دانشجویی انجام دادند، دریافتند که دانشجویانی که افسردگی بالایی دارند، در دو عامل روان رنجوری و انعطاف‌پذیری^۳ نیز نمره بالایی کسب می‌کنند، به عبارت دیگر ارتباط مثبت معنی‌داری بین دو متغیر روان رنجوری و انعطاف‌پذیری با افسردگی به دست آمد، اما در عامل برون‌گرایی این ارتباط منفی بود (۹). همچنین در پژوهشی دیگر، یافته‌ها نشان دادند که ارتباط معنی‌دار مثبتی بین عامل روان رنجوری با افسردگی وجود دارد، همچنین برون‌گرایی، دل‌پذیر بودن و با وجدان بودن با علایم افسردگی رابطه منفی داشت، در این پژوهش عامل‌های روان رنجوری و برون‌گرایی قادر بودند ۷۸ درصد از واریانس افسردگی را تبیین کند (۱۰).

از سوی دیگر برخی از پژوهش‌ها مؤلفه‌های شخصیتی مرتبط با اختلال وسواسی جبری را نیز بررسی نموده‌اند. در مطالعه که به همین منظور انجام گرفت یافته‌ها نشان دادند که بیماران وسواسی-جبری در عامل‌های برونگرایی، دل‌پذیر بودن، انعطاف‌پذیری و با وجدان بودن در سطح بالاتری نسبت به بیماران مبتلا به افسردگی اساسی قرار دارند اما بعد روان رنجوری، نمرات پایین‌تری بدست آوردند، همچنین اضطراب در افراد وسواسی - جبری نسبت به بیماران افسرده اساسی بیشتر دیده می‌شود (۱۱). در تحقیقی دیگر که توسط فرست و همکاران با به‌کارگیری آزمون پنج عاملی شخصیت در مقایسه بیماران وسواسی جبری و افسرده اساسی انجام گرفت، شرکت کنندگان مبتلا به وسواسی-جبری، در تمام عامل‌ها - روان رنجوری و برون‌گرایی، با وجدان بودن و انعطاف‌پذیری و دلپذیر بودن - در مقایسه با بیماران افسرده متفاوت بودند. به این معنا که افراد مبتلا به وسواسی-جبری روان رنجوری کمتری را گزارش کردند، اما در عامل‌های با وجدان بودن، انعطاف‌پذیری و برونگرایی نمرات بیشتری را به دست آوردند (۱۲).

^۱ - Neuroticism

^۲ - Agreeableness

^۳ - Openness

^۴ - Structural interview for affective disorders

پرسشنامه در ایران به این شرح می‌باشد: ضریب آلفا: ۰/۸۷؛ ضریب باز آزمایی ۰/۷۴ (۱۶).

سیاهه وسواسی - جبری مادزلی

پرسشنامه مادزلی توسط هاجسون و راجمن در سال ۱۹۷۷ به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ پرسش به صورت صحیح-غلط می‌باشد. دامنه نمرات از صفر تا ۳۰ متغیر بوده و مشتمل بر پنج خرده مقیاس وارسای، شستشو، کندی، شک، نشخوار ذهنی می‌باشد (۱۷). ضریب پایایی کل آزمون در ایران ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن با مقیاس ییل ۰/۸۷ گزارش شده است (۱۸).

یافته‌ها

در این پژوهش به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. جدول شماره ۱ آماره‌های توصیفی آزمودنی‌ها در تست پنج عاملی شخصیت را نشان می‌دهد.

دادند در سال ۱۹۹۲ فرم تجدید نظر شده آن را تهیه کردند. این پرسشنامه حاوی ۲۴۰ آیتم است که پنج عامل اصلی شخصیت و شش خصوصیت در هر عامل را اندازه گیری می‌کند. پنج عامل اصلی این آزمون عبارت‌اند از: روان رنجوری (N)، برونگرایی (E)، انعطاف‌پذیری (O)، دل‌پذیر بودن (A) و با وجدان بودن (C) (۱۴). پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران قابل قبول و به شرح زیر بوده است، ضرایب آلفا برای عوامل اصلی N, O, E, A, C به ترتیب: ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۴۵، ۰/۵۹، ۰/۷۵ (۱۴).

آزمون افسردگی بک (ویراست دوم) BDI-II

این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر و براون مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ آیتم می‌باشد هر یک از آیتم‌ها دارای چهار جمله است که شدت افسردگی را می‌سنجد، هر جمله از نظر شدت بین صفر تا ۳ نمره می‌گیرد. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد (۱۵). اغلب پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این تست از ثبات درونی و اعتبار سازه بالایی برخوردار است (۱۵). مشخصات روان سنجی این

جدول شماره (۱): آماره‌های توصیفی مربوط به مولفه‌های شخصیت در سه گروه وسواسی جبری، افسرده و بهنجار

عامل‌های شخصیت	گروه	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
روان رنجوری	وسواسی	۵۰	۲۸/۷۶	۶/۳۸
	افسرده	۵۰	۲۹/۲۶	۴/۴۸
	بهنجار	۵۰	۲۰/۱۸	۸/۰۴
برونگرایی	وسواسی	۵۰	۲۱/۰۰	۵/۲۵
	افسرده	۵۰	۲۱/۶۲	۸/۴۳
	بهنجار	۵۰	۲۸/۵۲	۷/۱۷
انعطاف پذیری	وسواسی	۵۰	۲۶/۱۰	۳/۳۸
	افسرده	۵۰	۲۷/۱۴	۹/۳۷
	بهنجار	۵۰	۲۶/۵۴	۶/۶۳
دل‌پذیر بودن	وسواسی	۵۰	۲۵/۳۰	۳/۰۱
	افسرده	۵۰	۳۰/۸۲	۵/۵۲
	بهنجار	۵۰	۳۰/۹۰	۴/۵۹
با وجدان بودن	وسواسی	۵۰	۳۱/۶۶	۳/۷۷
	افسرده	۵۰	۳۶/۵۰	۶/۶۴
	بهنجار	۵۰	۳۳/۵۰	۶/۷۴

واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

به منظور بررسی معنی‌دار بودن تفاوت سه گروه افسرده اساسی، وسواس و بهنجار در پنج عامل شخصیتی از تحلیل

جدول شماره (۲): نتایج تحلیل واریانس برای عوامل پنجگانه شخصیتی در سه گروه وسواسی، افسرده و بهنجار

منبع	مقیاس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
گروه	روان رنجوری	۲۶۰۵/۲۱	۲	۱۳۰۲/۶۰	۳۱/۱۱	۰/۰۰۱
	برونگرایی	۱۷۴۲/۴۱	۲	۸۷۱/۲۰	۱۷/۴۰	۰/۰۰۱
	انعطاف پذیری	۲۷/۲۵	۲	۱۳/۶۲	۰/۳۸	۰/۷۵۳
	دل پذیر بودن	۱۰۳۰/۶۱	۲	۵۱۵/۳۰	۲۵/۴۶	۰/۰۰۱
	باوجدان بودن	۵۹۶/۸۵	۲	۲۹۸/۴۲	۸/۶۱	۰/۰۰۱

همانطور که از جدول شماره ۲ مشخص است بین سه گروه در چهار عامل روان رنجوری، برونگرایی، دل پذیر بودن و باوجدان بودن تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). با توجه به معنی داری کلی تفاوت‌ها در اغلب مقیاس‌ها برای مشخص کردن دقیق تفاوت‌ها در بین سه گروه از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول شماره (۳): نتایج آزمون توکی برای مقایسه سه گروه افسرده اساسی، وسواسی و بهنجار در عامل شخصیت

عوامل شخصیت	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	سطح معنی داری
عامل N	افسرده	بهنجار	۹/۰۸	۱/۲۹
	وسواسی	بهنجار	۸/۵۸	۱/۲۹
عامل E	افسرده	بهنجار	۶/۹۰	۱/۴۱
	وسواسی	بهنجار	۷/۵۲	۱/۴۱
عامل A	افسرده	وسواسی	۵/۵۲	۰/۸۹
	وسواسی	بهنجار	۵/۶۰	۰/۸۹
عامل C	افسرده	وسواسی	۴/۸۴	۱/۱۷
	افسرده	بهنجار	۳/۰۰	۱/۱۷

افراد سالم بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که بین سه گروه (بیماران افسرده، وسواس و بهنجار) در چهار عامل از پنج عامل شخصیتی تفاوت معنی دار وجود دارد.

در عامل روان رنجوری بین دو گروه افسرده و بهنجار و نیز گروه وسواسی و بهنجار تفاوت معنی دار وجود داشت، به عبارت دیگر بیماران افسرده و وسواسی در عامل روان رنجوری نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم به دست آوردند. اما بین دو گروه افسرده و وسواسی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. این نتایج با اغلب یافته‌های قبلی همسو است (۱۹،۲۰) اما از این جهت که تفاوت در بین گروه افسرده و وسواس معنی دار نمی‌باشد با یافته‌های رکتور و همکاران (۱۱) و مارنن و همکاران (۲۱) غیرهمسو است. در تبیین این یافته می‌توان به این مورد اشاره کرد که تمایل عمومی به عواطف منفی مانند غم و اندوه، احساس گناه، نفرت و اضطراب از مجموعه ویژگی‌های عامل روان رنجوری است

بر طبق نتایج جدول شماره ۳ در عامل روان رنجوری و برون‌گرایی بین دو گروه افسرده و بهنجار و نیز گروه وسواسی و بهنجار تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < ۰/۰۱$) اما بین دو گروه افسرده و وسواسی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. در عامل دل‌پذیری بین گروه وسواس و بهنجار و همچنین بین گروه افسرده و وسواس تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$) ولی بین گروه افسرده و بهنجار تفاوت معنی داری وجود ندارد. در عامل باوجدان بودن نیز بین دو گروه افسرده و وسواس و گروه افسرده و بهنجار تفاوت معنی دار وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$) ولی گروه وسواسی با گروه بهنجار در عامل باوجدان بودن تفاوت معنی داری نداشتند.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه پنج عامل شخصیت در بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، بیماران افسرده اساسی و

ارتباط و روابط انسانی می‌گریزد و هم دیگران که متوجه اختلال وسواسی فرد می‌شوند تمایلی نشان نمی‌دهند که با فرد رابطه برقرار کنند. همچنین در مورد افسردگی نیز لوینسون عقیده دارد چون سایر افراد، بودن با اشخاص افسرده را ناخوشایند می‌یابند، همین که شخص افسرده شد، افسردگی وی تداوم می‌یابد (۲۶).

در عامل دل‌پذیر بودن نتایج پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به وسواس نمرات پایین‌تری نسبت به بیماران افسرده و افراد سالم به دست می‌آورند. این یافته با نتایج پژوهش ساموئلز و همکاران (۱۹) همسو و با یافته‌های رکتور و هود و مارنیز و همکاران ناهمسو می‌باشد (۱۱،۲۱).

در رابطه با پایین بودن عامل دلپذیری در افراد وسواسی تبیین احتمالی آن است که چون دلپذیربودن بعدی از تمایلات بین فردی است و همانند برون‌گرایی نیاز به نوع دوستی، همدردی و ارتباط با دیگران را گسترش می‌دهد که همه موارد فوق می‌تواند به افزایش برانگیختگی‌های درونی فرد وسواسی دامن زند و همین مساله باعث می‌شود که احتمال خودداری، شک و تردید نسبت به دیگران و رقابت جویی را در این افراد افزایش داده و آن‌ها را از دیگران دور سازد. از طرف دیگر افراد وسواسی ویژگی‌های خاصی دارند که متضاد با عامل دلپذیری است از جمله فقدان توانایی بیان عواطف گرم، خشک و رسمی بودن به‌طور غیرمعمول، جدی به نظر رسیدن، غیرقابل انعطاف در برابر مسائل اخلاقی که تمامی این ویژگی‌ها مرتبط با میزان پایین عامل دلپذیری در افراد وسواسی می‌باشد.

و در نهایت در بررسی عامل باوجدان بودن در بین سه گروه نتایج نشان داد که بیماران افسرده نمرات بیشتری نسبت به دو گروه دیگر به دست می‌آورند که این یافته با یافته‌های پیترسن و همکاران همسوئی دارد (۲۵). این یافته نشان می‌دهد که در بین این دو اختلال نیز می‌توان از این عامل به عنوان ملاکی برای تمیز این دو اختلال استفاده کرد. شاید بتوان بالا بودن میزان باوجدان بودن در افراد افسرده را یکی از عوامل آسیب‌پذیری این افراد قلمداد کرد زیرا نشانگر قوی‌تر بودن فرامان این افراد بوده و یک فرامان سختگیر و تنبیه‌کننده را نشان می‌دهد که دائماً درصدد کنترل و سرکوب آرزوهای فرد می‌باشد و از سوی دیگر نوعی کمال‌گرایی را به فرد تحمیل می‌کند، چنانچه فرد نتواند این آرزوهای آرمانی را برآورده سازد در معرض خطر احساس گناه، خودتنبیهی و خشم سوق داده شده به سمت خود خواهد بود. با وجدان بودن، نشان دهنده رفتار وظیفه‌مدار و هدف‌مدار است و از لحاظ اجتماعی، نظارت بی‌وقفه‌ای را اقتضاء می‌کند (۲۲) که برخی از این ویژگی‌های گفته شده با نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی همخوان می‌باشند.

که این ویژگی‌ها در افراد افسرده و وسواسی هر دو قابل مشاهده می‌باشد. به نظر می‌رسد عامل روان‌رنجوری از عوامل مهم و اساسی در شخصیت است که فرد را در درجه اول به سمت افسردگی و سپس وسواس سوق می‌دهد. بر اساس نظریه آیزنگ عامل روان‌رنجوری اساس ژنتیکی قوی دارد و افرادی که در این عامل نمره بالایی به دست می‌آورند مستعد ابتلا به انواع اختلالات نوروتیک از جمله افسردگی و وسواسی هستند. روان‌رنجوری طیف وسیعی از احساسات منفی از جمله اضطراب، غمگینی، بدخلقی، تحریک‌پذیری و عصبیت را در برمی‌گیرد (۲۲) که برخی از این علائم مانند اضطراب و تحریک‌پذیری جزء علائم اختلالات اضطرابی و به تبع آن اختلال وسواسی جبری است (۱)، همچنان که برخی دیگر از ویژگی‌های روان‌رنجوری مانند غم، اندوه و خشم نیز از جزء علائم افسردگی است. در نتیجه به نظر می‌رسد که همین مسئله یک تبیین احتمالی دیگر در ارتباط با عدم تفاوت دو گروه وسواسی و افسرده در عامل روان‌رنجوری باشد. به طور کلی این یافته، مطابق با این فرضیه است که بی‌ثباتی هیجانی و ناسازگاری نقش بسیار مهمی در رشد و ثبات خلق منفی ایفا می‌کند. مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که افراد با روان‌رنجوری بالا محرک‌های منفی ناچیز را درست همانند فشارهای منفی شدید مورد ارزیابی قرار می‌دهند (۲۳،۲۴). بر اساس این نتایج، مطالعه حاضر بر رابطه بین روان‌رنجوری و خلق منفی تاکید بیشتری می‌کند.

دومین یافته مورد پژوهش نشان داد که بین بیماران مبتلا به وسواس و افراد بهنجار و بین افراد افسرده و عادی در عامل برون‌گرایی (E) تفاوت وجود دارد. بدین معنا که بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی-جبری نمرات پایینی در مقیاس برون‌گرایی به دست می‌آورند به عبارت دیگر درون‌گراتر هستند. این تفاوت در بین گروه افسرده و گروه وسواسی معنی‌دار نبود. این یافته همسو با یافته‌های قبلی است (۱۳،۲۵). برون‌گرایی و سازگاری، صفاتی را در بر می‌گیرد که بین فردی است یعنی نشان می‌دهد که افراد با یکدیگر و برای یکدیگر چه می‌کنند (۲۲). افرادی که نمرات بالایی را در عامل برون‌گرایی کسب می‌کنند، افرادی خونگرم، فعال، پرحرف، اجتماعی، فرد-مدار، خوش‌بین و مهربان هستند. کسب نمره پایین در این عامل نشان دهنده این است که فرد تودار، متین، بی‌اشتیاق، نجوش، تکلیف‌مدار، کناره‌گیر و آرام است (۱۴).

افراد وسواسی تمایل شدیدی به حفظ یکسانی محیط و عدم تغییر در محیط فیزیکی و انسانی دارد، برای حفظ این ثبات و یکسانی و کاهش احتمال مواجهه با تحریکات محیطی که برانگیزنده افکار و رفتار وسواسی است، فرد به تدریج هم خود از

نتیجه گیری

به طور خلاصه نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که بیماران افسرده اساسی و وسواسی حداقل در برخی از عامل‌های شخصیتی دارای نیمرخ شخصیتی متفاوتی هستند، و همچنین در برخی از مؤلفه‌ها نیز، افراد افسرده متفاوت از بیماران وسواسی هستند. بر حسب یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان برخی از متغیرهای

شخصیتی (به عنوان مثال روان‌رنجوری) را مرتبط با اختلال افسردگی و وسواسی دانست. افرادی که در روان‌رنجوری نمره بالایی دارند نسبت به افسردگی و نیز وسواسی آسیب پذیری دارند، بنابر این با شناسایی این افراد و آموزش نحوه مقابله با مؤلفه‌های روان‌رنجوری مانند خشم، اضطراب می‌توان تا حدودی از آسیب‌پذیری آن‌ها کاست و آن‌ها را در برابر این اختلالات مقاوم تر کرد.

References:

1. Sadock B, Sadock V. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2007.
2. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, et al. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comp Psychiatry* 2006; 47: 270-5.
3. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, et al. Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity survey of 2000. *Am J Psychiat* 2006; 163(11): 1978-85.
4. Grucza RA, Przybeck TR, Spitznagel EL, Cloninger CR. Personality and depressive symptoms: a multidimensional analysis. *J Affec Disord* 2003; 74: 123-30.
5. Harkness KL, Bagby RM, Joffe RT, Levitt A. Major depression, chronic minor depression, and the five factor model of personality. *Eur J Pers* 2002; 16: 271-81.
6. Enns MW, Cox BJ. Personality dimensions and depression: review and commentary. *Can J Psychiatry* 1997; 42:274-84.
7. Frokjaer V, Mortensen E, Nielsen F, Haugbol S, Pinborg L, Adams K, et al. Frontolimbic serotonin 2A receptor binding in healthy subjects is associated with personality risk factors for affective disorder. *Biol Psychiatry* 2008; 63 (6): 569-76.
8. Saklofske DH, Kelly IW, Janzen BL. Neuroticism, depression, and depression proneness. *Pers Indiv Differ* 1995; 18: 27-31.
9. Chioqueta AP, Stiles TC. Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Pers Indiv Differ* 2005; 38: 1283-91.
10. Beyrami M, Gholizadeh H. The personality factors as a predictors for depression and life satisfaction. *Urmia Med J* 2011; 2(22):92-8. (Persian)
11. Rector NA, Hood MA, Richter R, Michael Bagby. Obsessive - compulsive disorder and the five-factor model of personality: distinction and overlap with major depressive disorder. *Behav Res Ther* 2002; 40: 1205-19.
12. Frost RO, Steketee G, Cohn L, Griess K. Personality traits in subclinical and non-obsessive-compulsive volunteer's and their parents. *Behav Res Ther* 1994; 32: 47-56.
13. Recotor NA, Richter MA, Bagby RM. The impact of personality on symptom expression in obsessive-compulsive disorder. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2005. 193-9.
14. Garrusi MT. New approaches in personality assessment. Tabriz: Danyal; 2002. (Persian)
15. Gholizadeh H, Bakhshipour A, Mahmoud Alilu M, Imani M. Empirical fitness of congruency hypothesis of stress and sociotropy and autonomy in patient with Depression. *Med J Tabriz* 2010; 32 (1): 68-72. (persian)
16. Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N and Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a

- Persian language version of the beck depression inventory-second edition: BDI-II – Persian. *Depress Anxiety* 2005; 21: 185-92.
17. Rachman SJ, Hodgson RJ. Obsessions and compulsions. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall; 1980.
 18. Dadfar M. The study of comorbidity of the personality disorders in OCD, compared with healthy group. (Dissertation) Tehran: Tehran psychiatric Institute; 1997. (Persian)
 19. Samuel SI, Bienvenu OJ, Riddle MA, Cullen BA, Grados MA, Liang KY, et al. Hordinesin Obsessive – Compulsive disorderi Results from a case-control study. *Behav Res Ther* 2000; 40: 511-28.
 20. Bienvenu OJ, Samuels JF, Costa, PT. Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher-and lower-order personality, trait investigation in a community sample. *Depress Anxiety* 2004; 20: 192-7.
 21. Heisel MJ, Duberstein PR, Conner KR, Franus N, Beckman A, Conwell Y. Personality and reports of suicide ideation among depressed adults 50 years of age or older. *J Affect Disord*. 2006; 90(2-3):175-80.
 22. Pervin LA, John OP. Handbook of personality: theory and research. 2nd Ed. New York: Guilford Press; 2001.
 23. Penley JA, Tomaka J. Associations among the big five emotional responses, and coping with acute stress. *Pers Indiv Differ* 2002; 32: 1215-28.
 24. Mak AS, Blewitt K, Heaven PC. Gender and personality influences in adolescent threat and challenge appraisals depressive symptoms. *Person Indiv Differ* 2004; 32: 1215-28.
 25. Petersen T, George I, et al. NEO-FFI factor cores as predictors clinical response to fluoxetine in depressed outpatients. *Psychiat Res* 2002; 109: 9-16.
 26. Sarason IG, Sarason BR. Abnormal psychology: the problem of maladaptive behavior. 11th Ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2004.