

مقاله اصلی

مقایسه ویژگی‌های عصبی روانی و شخصیتی بیماران افسرده و اختلال وسواسی جبری

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۰۷

خلاصه

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی به عنوان سومین و اختلال وسواسی-جبری به عنوان چهارمین اختلال شایع روانی، به دلیل ویژگی‌هایشان تاثیرات مخربی بر عملکرد شغلی، تحصیلی و اجتماعی فرد دارند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه ویژگی‌های عصبی-روانی و شخصیتی بیماران افسرده و وسواسی-جبری انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری آن مراجعان مراکز روانشناسی و روانپزشکی شهر ساری در سال ۱۳۹۷ بودند که از بین آنها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری بیماران وسواس جبری، افسرده گمارش شدند. ابزارهای استفاده شده شامل پرسشنامه پنج عاملی شخصیت (NEO) (مک کری و کاستا، ۱۹۸۵) و افسردگی بک (بک، ۱۹۶۱) بود. جهت تجزیه و تحلیل نتایج از آزمون تحلیل واریانس با سطح معناداری ($\alpha = 0.05$) استفاده شد.

نتایج

نتایج نشان داد افراد دارای اختلال افسردگی و وسواس فکری-جبری در ویژگی‌های نوروگرایی ($p < 0.001$)، پرونگرایی ($p < 0.018$)، تجربه پذیری ($p < 0.003$)، موافق بودن ($p < 0.004$)، وظیفه شناسی ($p < 0.042$) با افراد دارای اختلال وسواس فکری-جبری تفاوت داشتند.

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که ویژگی‌های شخصیتی با توجه به تفاوت‌هایی که در گروه‌های مختلف بیماران دارند، ممکن است در ایجاد و استمرار و میزان تأثیر این متغیرها در اختلالات و مشکلات مختلف روانی متفاوت می‌باشد.

کلمات کلیدی

عصبی - روانی، شخصیتی، بیماران افسرده، اختلال وسواسی - جبری

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سپیده طالبی^۱

رمضان حسن زاده^{۲*}

بهرام میرزائیان^۳

^۱گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
^{۲*}گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
^۳گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

* گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

Email: rhassanzadehd@yahoo.com

مقدمه

اختلال روانی نشانگانی است که با اختلال بالینی قابل ملاحظه در شناخت، تنظیم هیجان، یا رفتار فرد مشخص می‌شود و کژکاری در فرایندهای روانشناختی، زیستی، یا رشدی زیربنای عملکرد روانی را منعکس می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۴). یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی، افسردگی می‌باشد. مطالعات جهانی گریزی از بیماری‌ها (GBD) افسردگی اساسی (MDD) را چهارمین علت اصلی مهم ناتوانی در طول سالهای زندگی می‌داند (۱). این اختلال نگرانی ذهنی قابل توجهی را برای افراد فراهم می‌کند و برای جامعه در زمره شایع‌ترین رخ دادهای بیماریهای روحی در جمعیت عمومی قرار دارد. ریسک ابتلا در طول عمر برای افسردگی اساسی (MDD) بین ۱۰٪ تا ۲۵٪ برای خانم‌ها و ۵٪ تا ۱۲٪ برای آقایان است و شیوع در طول عمر برای اختلالات اضطرابی ۳۱/۲٪ (۳۶/۴٪ خانم‌ها و ۲۵/۴٪ آقایان) (۲).

اختلال وسواسی جبری از این نظر که به درمان مقاوم است، با وجود اینکه در شمار اختلالات نادر طبقه بندی از اهمیت به سزایی در بین اختلالات روانشناختی برخوردار است. همین مسئله باعث شده بود که تا قبل از دهه ۱۹۷۰ مطالعات کنترل شده ای در مورد این اختلال وجود نداشته باشد؛ در دهه ۱۹۷۰ تعداد بسیار معدودی مطالعه کنترل شده در مورد شیوع جدول بالینی این اختلال از یک سو و درمان اختلال از سوی دیگر انجام شد. در دهه ۱۹۸۰ این پژوهش‌ها افزایش یافت و اطلاعات بیشتری در مورد جدول بالینی اختلال بدست آمده (۳). در حال حاضر این اختلال چهارمین دلیل مراجعه به روانپزشک معرفی شده است و آمار بین المللی آن را ۳ تا ۲٪ گزارش می‌کنند (۴). با این حال در طی سال‌های اخیر اختلال وسواسی جبری (OCD) توجه زیادی را به خود جلب کرده و موضوع مطالعات متعددی قرار گرفته است. علت اصلی این

توجه را می‌توان به افزایش شیوع این اختلال طی سه دهه گذشته نسبت داد.

رگه‌ها و ابعاد شخصیتی از مهم‌ترین عوامل مداخله گر در اختلالات روان شناختی هستند. به منظور تبیین ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و مستعد بودن افراد در برابر اختلالات روان شناختی، الگوهای نظری مختلفی مانند نظریه آیسنک و گری (۵) به کار گرفته شده است. با بازنگری ادبیات پژوهش‌های حیوانی (۶) در نظریه حساسیت به تقویت (RST)^۳ از شخصیت یک الگوی زیستی ارائه نمود که شامل سه سیستم مغزی-رفتاری است. این سیستم‌های مغزی-رفتاری اساس، به اعتقاد گری (۱۹۹۰) تفاوت‌های فردی می‌باشند و فعالیت هر یک از آنها به فراخوانی واکنش‌های هیجانی متفاوت نظیر ترس و اضطراب می‌انجامد. اولین سیستم، سیستم فعال ساز رفتاری^۴ (BAS) می‌باشد که به محرک‌های شرطی پاداش و فقدان تنبیه پاسخ می‌دهد. فعالیت و افزایش حساسیت این سیستم موجب فراخوانی هیجان‌های مثبت و، رفتار روی آورد و اجتناب فعال^۵ می‌گردد (۷). پایه‌های نورواناتومی این سیستم که از لحاظ ساختاری با مسیرهای مغزی دوپامینرژیک و مدارهای کورتیکو-استریاتو-پالیدو-تالامیک^۶ (CSPT)، مرتبط می‌باشد (۸) در قشر پره فرونتال، آمیگدال و هسته‌های قاعده ای قرار دارد (۹). حساسیت سیستم فعال ساز رفتاری نشان دهنده تکانشگری^۷ فرد می‌باشد (۱۰). دومین سیستم، سیستم بازداری رفتاری^۸ (BIS) است که به محرک‌های شرطی تنبیه و فقدان پاداش و همچنین به محرک‌های جدید و محرک‌های ترس آور ذاتی پاسخ می‌دهد (گری و مک ناتون، ۲۰۰۰). فعالیت این سیستم موجب فراخوانی حالت عاطفی اضطراب و بازداری رفتاری، اجتناب فعل پذیر، آموزشی، افزایش توجه و برپایی می‌گردد. پایه‌های نورواناتومی این سیستم که فعالیت زیاد آن با

3. reinforcement sensitivity theory

4. Behavior Activating System

5. active avoidance

6. Cortico-Striato-Pallido-Thalamic

7. impulsivity

8. Behavior Inhibition System

1. Major depressive disorder

2. Obsessive-Compulsive Disorder

طور معنی داری سطوح علایم اختلال وسواس فکری-عملی را پیش بینی می کند. از طرف دیگر، هسته اصلی نشانه های بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، ناتوانی آنها در بازداری افکار و تصاویر مزاحم و رفتارهای قالبی تکرارشونده می باشد. شواهد نشان می دهد که شرایط حاکم بر بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، به خصوص در بعد عصب روان شناختی، مشابه الگوی گری می باشد، با این تفاوت که در نظریه گری مسیرهای عصبی مطرح شده برای سیستم های مغزی - رفتاری بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی دچار اختلال کارکرد هستند. به طور مثال، اختلال وسواس فکری - عملی با حساسیت مفرط و بی نظمی در مدارهای مغزی فرونتال- استریاتال^۸ و بیش فعالی در قشر پیش حدقه ای، قشر سینگولیت قدامی^۹ (ACC) تالاموس و هسته کودیت^{۱۰} مشخص می گردد (۱۶) این نواحی در بازداری رفتار و فرآیندهای توجه نقش اساسی دارند. در این میان اندازه گیری های استاندارد نورو سایکولوژیک راه هایی را برای نشان دادن بیشترین حساسیت به اختلال شناختی مرتبط با عملکرد را دنبال میکند که همچنین ممکن است نزدیک به سبب شناسی بیماری باشد. با توجه به مطالب فوق که اهمیت بدکارکردی ها و اندازه گیری های استاندارد نورو سایکولوژیک را در اختلالات نشان می دهند و با توجه به اینکه پژوهش های بسیار کمی تفاوت در بدکارکردی های نورو سایکولوژیک را در میان اختلالات مختلف مانند اختلالات اضطرابی و افسردگی و اختلال وسواسی جبری بطور اساسی بررسی و روشن ساخته اند با در نظر گرفتن خلأ های پژوهشی موجود در کشور که هیچ پژوهشی به صورت منسجم بدکارکردی های نورو سایکولوژیک بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی، اختلال وسواسی جبری و افراد بهنجار را در کنار هم با توجه به کارکردهای متعدد و با استفاده از ابزارهای استاندارد سنجش نورو سایکولوژیک معتبر مورد مطالعه و مقایسه قرار نداده است، هدف این پژوهش

تجربه اضطراب مرتبط می باشد (۹) در قشراریتوفرونتال^۱، دستگاه سیتوهیپوکمپی^۲ (SHS) و مدار پایز قرار دارد. سومین سیستم، سیستم ستیز-گریز^۳ (FFS) است که از نظر ساختاری با آمیگدال و هیپوتالاموس مرتبط و به محرک های آزارنده حساس می باشد. مؤلفه های رفتاری این سیستم که فعالیت زیاد آن با مؤلفه پسیکوزگرایبی ارتباط دارد (۱۱). ستیز (پرخاشگری تدافعی) و گریز (فرار سریع از منبع تنبیه) است. گری (۱۹۹۴) بر اساس نظریه سیستم های مغزی - رفتاری این فرض را مطرح ساخت که اختلالات روان پزشکی ناشی از اختلال کارکرد (بیش فعالی یا کم فعالی) یکی از سیستم ها یا تعاملات آنها می باشد. از زمان ارایه الگوی گری، پژوهشگران این فرضیه را مطرح کردند که حساسیت نابهنجار این سیستم ها نشان دهنده آمادگی و استعداد به اشکال متعدد آسیب شناسی روانی است (۱۲). در نتیجه فرض این است که سیستم فعال ساز رفتاری (BAS) و سیستم بازداری رفتاری (BIS) می توانند دامنه وسیعی از اختلالات را تبیین کنند. پژوهش های مختلفی از این ایده حمایت کرده اند.

کاش^۴ و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند که بیماران افسرده در مقایسه با افراد بهنجار دارای سطوح بالای فعالیت BIS و سطوح پایین فعالیت BAS می باشند (۱۳). مطالعات نشان می دهند که بین خلق و خوی مبتنی بر بازداری رفتاری در دوران کودکی و علایم اختلال وسواس فکری-عملی، رابطه معنی داری وجود دارد (۱۴). پژوهش کولس^۵، شوفیلد^۶، پیترفیس^۶ (۲۰۰۶) نشان داد که در بسیاری از دانشجویان، علایم جاری وسواس فکری - عملی با سطوح کلی بازداری رفتاری گزارش شده دوران کودکی همبسته می باشد (۱۵). علاوه بر این، فراوانی علایم جاری وسواس ها و اعمال جبری با مؤلفه های غیراجتماعی و اجتماعی بازداری رفتاری همبستگی داشته است. ضمناً نتایج این مطالعه نشان داد که گزارش سطوح بازداری دوران کودکی به

1. orbitofrontal cortex

2. septohippocampal system

3. Fight/flight System

4. Kasch

5. Coles

6. Schofield

7. Pietrefesa

8. frontal-striatal circuits

9. anterior cingulate cortex

10. caudate

ایرانی بیانگر آلفای کرونباخ $0/78$ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته $0/73$ است (۱۸).

مقیاس شخصیتی ۵ عاملی نئو^۱ (۱۹۸۵): این مقیاس که فرم کوتاه مقیاس است، یک آزمون ۶۰ سوالی است که توسط کاستا و مک گری (۱۹۹۲) ساخته شده است و ۵ عامل اصلی شخصیت شامل نوروزگرایی، برونگرایی، تجربه پذیری، موافق بودن و وظیفه شناسی را در اندازه‌های پنج درجه ای لیکرت می‌سنجد بدین شکل که گزینه کاملاً مخالفم نمره ۰ و گزینه کاملاً موافقم نمره ۴ را به خود اختصاص می‌دهند. هر عامل شامل این پرسشنامه شامل ۱۲ آیتم است. که حداقل نمره اعتبار برای خرده مقیاس این پرسشنامه ۰ و حداکثر ۴۸ هست (۱۹). اعتبار پرسشنامه استاندارد شخصیتی نئو در تحقیق کاستا و مک گری (۱۹۹۲) برای شاخص‌های پنج گانه روان رונجوری، برونگرایی، انعطاف پذیری، سازگاری و وظیفه شناسی به ترتیب برابر $0/85$ ، $0/78$ ، $0/87$ ، $0/90$ و $0/83$ گزارش شده است (۲۰). این پرسشنامه در ایران توسط گروسی فرشی به فارسی ترجمه شده و روی دانشجویان ایران هنجاریابی شده است. در ایران ضریب پایایی به دست آمده برای عوامل پنج گانه روان رונجوری، برونگرایی، انعطاف پذیری، سازگاری و وظیفه شناسی به ترتیب $0/83$ ، $0/75$ ، $0/80$ ، $0/79$ و $0/79$ بوده است (۲۱).

نتایج

در این قسمت ابتدا یافته‌های توصیفی و سپس یافته‌های استنباطی ارائه می‌گردد. جدول (۱) داده‌های مربوط به اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همانگونه که مشاهده می‌شود در این جدول میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های مختلف پرسشنامه شخصیت نئو در گروه‌های افراد مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال وسواسی - جبری قید شده است.

تفاوت‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به ، اختلال افسردگی و اختلال وسواسی جبری است.

روش کار

این پژوهش از نظر روش علی - مقایسه و از نظر هدف بنیادین است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مراجعه کنندگان به مراکز درمانی روانشناسی و روانپزشکی شهر ساری بودند که شامل دو گروه بیماران افسرده که با پرسشنامه افسردگی بک و بیماران اختلال وسواسی جبری (OCD) که با پرسشنامه غربالگری Zohar-fineberg مشخص می‌شدند. نمونه آماری به صورت غیر تصادفی و هدفمند به تعداد ۳۰ نفر برای هر گروه از بین جامعه آماری انتخاب می‌شود. برای گردآوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه اضطراب بک (BDI) و پرسشنامه شخصیتی نئو بود.

بعد از غربال گری افراد با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، گردآوری اطلاعات بصورت میدانی با در اختیار قرار دادن تست پنج عاملی بزرگ شخصیت (NEO) برای تهیه نیمرخ روانی آزمودنی‌ها صورت گرفت. نهایتاً اینکه برای تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از جداول توصیفی و آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده می‌شود. همچنین برای تجزیه و تحلیل آمار و ارقام بدست آمده از نتایج آزمون‌ها از نرم افزار Spss-16 استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱): این آزمون شامل ۲۱ ماده است و هر ماده دارای چهار جمله است که هر کدام علامتی از افسردگی را از صفر تا ۳ درجه بندی می‌کنند. نمره کلی هر فرد در پرسشنامه سنجش افسردگی بک، با حجم نمرات در تمامی جنبه‌ها به دست می‌آید (۱۷). اعتبار و پایایی پرسشنامه افسردگی بک مکرراً مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آن در سطح بالایی گزارش شده است. دابسون و محمد خانی (۲۰۰۷) ثبات درونی این ابزار را $0/73$ تا $0/92$ با میانگین $0/86$ و ضریب آلفا برای آن را برای گروه بیمار $0/86$ و غیر بیمار $0/81$ گزارش کردند (۱۸). همچنین بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه توسط دابسون و محمد خانی (۲۰۰۷) روی جمعیت

1: Neuroticism, Extroversion, Openness to Experience-five factor inventory

جدول ۱- آماره‌های توصیفی مربوط به مولفه‌های شخصیت در دو گروه وسواسی جبری و افسردگی

عامل‌های شخصیت	گروه	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
روان رنجوری	بیماران افسرده	۱۵	۳۲/۱۳	۴/۲۲
	اختلال وسواسی -جبری	۱۵	۳۷/۱۳	۳/۲۳
برون گرایی	بیماران افسرده	۱۵	۷/۸۴	۲/۳۷
	اختلال وسواسی -جبری	۱۵	۹/۹۴	۳/۳۷
انعطاف پذیری	بیماران افسرده	۱۵	۸/۷۴	۳/۲۳
	اختلال وسواسی -جبری	۱۵	۱۲/۸۴	۲/۳۷
دلپذیر بودن	بیماران افسرده	۱۵	۹/۹۴	۳/۳۷
	اختلال وسواسی -جبری	۱۵	۸/۷۴	۳/۲۳
با وجدان بودن	بیماران افسرده	۱۵	۱۱/۸۴	۲/۳۷
	اختلال وسواسی -جبری	۱۵	۱۲/۹۴	۳/۳۷

نزدیک به نرمال ارزیابی کرد و از آزمون‌های پارامتریک بهره برد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبوده است؛ شرط همگنی واریانس /کوارینانس به درستی رعایت شده است. با توجه به نتایج بدست آمده در آزمون لوین (Levin=۰/۷۷۳) نیز می‌توان گفت که فرض عدم تساوی واریانس‌های گروه‌ها در پژوهش حاضر در سطح $(p>۰/۰۵)$ رد شده است و می‌توان گفت که گروه‌ها دارای واریانس مشترک هستند. بنابراین استفاده از آزمون تحلیل واریانس برای پژوهش حاضر بلامانع است.

در مرحله بعدی و پیش از آنکه از آزمون تحلیل واریانس استفاده شود ابتدا باید مفروضه‌های مربوط به این آزمون مورد بررسی قرار گیرد. در ابتدا، نرمال بودن داده‌ها بررسی می‌شود. نتایج به دست آمده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف بیانگر این است که فرض توزیع نرمال متغیرها را نمی‌توان رد کرد $(p>۰/۰۵)$. سطح معنی داری بدست آمده برای متغیرهای پژوهش بیشتر از مقدار ۰/۰۵ است. در مجموع نتایج نشان از این دارد که توزیع متغیرهای اصلی، انحراف قابل توجهی از توزیع نرمال ندارد و می‌توان توزیع متغیرهای پژوهش را نرمال یا

جدول ۲- مقایسه میانگین متغیرهای مورد مطالعه در سه گروه بیماران افسرده، دارای اختلال وسواس جبری و به همراه نتایج**ANCOVA**

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نوروزگرایی	۱۸۸۶۳۹/۲۴۵	۴	۳۷۲۶۷۵۷/۳۱۷	۱۶/۴۴۱	۰/۰۰۱
برون گرایی	۱۸۵/۷۳۳	۴	۴۶/۴۳	۱۰/۱۹۸	۰/۰۰۱
تجربه پذیری	۴۸۰/۱۲۰	۴	۱۲۰/۶۷	۱۳/۶۵۵	۰/۰۰۱
موافق بودن	۶۳۹/۲۴۵	۴	۶۷۵۷/۳۱۷	۱۳/۴۴۱	۰/۰۰۱
وظیفه شناسی	۲۹۳۷/۷۳۳	۴	۷۳۱۱/۸۰۸	۱۸/۳۱۲	۰/۰۰۱
مجموع امتیاز	۷۵۴/۶۰۰	۴	۱۸۸/۴۰۰	۶/۱۵۷	۰/۰۰۱

ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال افسردگی و یا اختلال وسواسی - جبری تفاوت وجود دارد.

نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه ویژگی‌های شخصیتی افراد دارای اختلال افسردگی و اختلال وسواسی جبری بود. اختلال وسواس فکری- عملی (اختلال وسواس فکری- عملی)

همانگونه که در جدول ۲ مشخص است، بین دو گروه بیماران دارای اختلال افسردگی و بیماران دارای اختلال وسواسی - فکری از نظر تمام خرده مقیاس‌های پرسشنامه شخصیت نئو، تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج به معنای این است که افراد مبتلا به هر یک از این دو اختلال دارای ویژگی‌های شخصیتی متفاوتی هستند، از همین رو می‌توان فرض کرد که

یک اختلال اضطرابی بسیار ناتوان ساز است که معمولاً به مثابه یک بیماری بد علاج که نیازمند درمان مادام العمر است، در نظر گرفته می‌شود. افکار وسواسی شامل تصاویر، افکار و تکانه‌های تکراری، ناخواسته، مزاحم و غیرقابل قبولی هستند که ذهن در برابرشان مقاوم است و کنترلشان مشکل می‌باشد. اعمال وسواسی یا اجبارها، اعمال روانی یا رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری هستند که به طور معمول به منظور کاهش اضطراب یا پریشانی، در پاسخ به یک فکر وسواسی انجام می‌شوند. از سوی دیگر افسردگی بر اساس مجموعه‌ای از «احساسات کهنتری» که به قلمرو خاصی مانند قلمرو آموزشگاهی یا جسمانی و یا مجموعه شخصیت وابسته است، تعریف می‌شود. تردیدی نیست که هسته اصلی این اختلال در ناتوانی فرد در تحقیق بخشیدن به آرمانهای که برای خویشتن قایل است، این خواسته‌های آرمانی اغلب به صورت «خودبزرگ بینی» که نوعی شیوه مقابله با ترس از دست دادن هویت است، متجلی می‌شود.

یافته‌های بدست آمده از تحلیل آماری داده‌های پژوهش نشان دهنده معنادار بودن تفاوت افراد افسرده با افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی در ویژگی شخصیتی می‌باشد، به این ترتیب که افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی، نوروگرایی، وظیفه شناسی، برونگرایی و موافق بودن بالاتر و تجربه پذیری پایین تر نسبت به افراد افسرده دارند. این یافته همسو با نتایج بدست آمده توسط موسی زاده و حاجی علیزاده (۱۳۹۶) و ماک و همکاران (۲۰۰۴) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که سیستم بازداری رفتار با نگرانی درباره روابط، عدم اطمینان، بی هدفی نسبت به آینده و احساس بی کفایتی رابطه دارد. اما قوی ترین مشخصه آن صفات شخصیتی مرتبط با حساسیت پذیری بالا نسبت به محرک‌های تهدید کننده و

رفتارهای مرتبط با اضطراب، نگرانی و نشخوارهای فکری می‌باشد. از طرف دیگر افراد مبتلا به وسواس نیز دارای افکار و تکانه‌های تکراری، ناخواسته، مزاحم و غیرقابل قبولی هستند که ذهن در برابرشان مقاوم است و کنترلشان مشکل می‌باشد (راچمن، ۱۹۸۵ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴). از آنجا که محتوای افکار این افراد اغلب آزردهنده و تنفر انگیز بوده؛ بر روی موضوعاتی مثل آلودگی، پرخاشگری، شک و تردید، اعمال جنسی غیرقابل قبول، مذهب، نظم و ترتیب، تقارن و دقت متمرکز است. اعمال وسواسی یا اجبارها، اعمال روانی یا رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری هستند که به طور معمول به منظور کاهش اضطراب یا پریشانی، در پاسخ به یک فکر وسواسی انجام می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). همچنین مشخص شد که مؤلفه وظیفه شناسی در این افراد نسبت به افراد افسرده میانگین بالاتری دارد. در تبیین این یافته نیز به این مسأله می‌توان اشاره داشت که مؤلفه وظیفه شناسی کاملاً وابسته به فرهنگ است () اما به طور کل افکار و تکانه‌هایی که افراد وسواسی تجربه می‌کنند، بیشتر موجب انعطاف ناپذیری آنها می‌شود و در عین حال که برای واپس رانی اضطراب خود از رفتارها و افکار وسواسی استفاده می‌کنند، در صورتی که این افکار و رفتارها مرتبط با یک مسئولیت باشد، انعطاف ناپذیری آنها به انجام دقیق مسئولیت بدون کمترین تداخل منجر می‌شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از رساله مقطع دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله می‌باشد و از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Murray C. J., Lopez A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9064), 1498-1504.
2. Lyche P. E. (2011). Neuropsychological functions in Unipolar Major Depression With and Without Comorbid Anxiety. Center for the Study of Human Cognition, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo
3. Sadok, Benjamin James; Sadok, Virginia. A. Kaplan, Harold (2007). *Psychiatric Summary of Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry* (Translated by Farzin Rezai, 2009). Arjmand Pub. Tehran.
4. Garnaat S. L., Conelea C. A., McLaughlin N. C., Benito K. (2018). Pediatric OCD in the era of RDoC. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*.
5. Matthews G., Gilliland K. (1999). The personality theories of HJ Eysenck and JA Gray: A comparative review. *Personality and Individual differences*, 26(4), 583-626.
6. Gray J. A. (1995). A model of the limbic system and basal ganglia: applications to anxiety and schizophrenia.
7. Gray J. A. & McNaughton N. (2003). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the function of the septo-hippocampal system* (No. 33). Oxford university press.
8. Fowles D. C. (1980). The three arousal model: Implications of Gray's two-factor learning theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. *Psychophysiology*, 17(2), 87-104.
9. Hewig J., Hagemann D., Seifert J., Naumann E., & Bartussek D. (2006). The relation of cortical activity and BIS/BAS on the trait level. *Biological psychology*, 71(1), 42-53.
10. Gray J. A. (1994). *The neuropsychology of the emotions. Emotions: Essays on emotion theory*. Hillside, NJ: Erlbaum.
11. Corr P. J. (2004). Reinforcement sensitivity theory and personality. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 317–332.
12. Meyer B., Johnson S. L., Winters R. (2001). Responsiveness to threat and incentive in bipolar disorder: Relations of the BIS/BAS scales with symptoms. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 23(3), 133-143.
13. Kasch K. L., Rottenberg J., Arnow B. A., Gotlib I. H. (2002). Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *Journal of abnormal psychology*, 111(4), 589.
14. Muris P., Meesters C., & Spinder M. (2003). Relationships between child-and parent-reported behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression in normal adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34(5), 759-771.
15. Coles M. E., Schofield C. A., & Pietrefesa A. S. (2006). Behavioral inhibition and obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 20(8), 1118-1132.
16. Saxena S., & Rauch S. L. (2000). Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 23(3), 563-586.
17. Omidi Hosein Abadi, H., Abbasi Esfajir, A.A. (2015). Relationship between night shift and nurses depression and anxiety. *Quarterly journal of nursing management*; 14 (4): 29-38.
18. Dobson, K.A., Mohammadkhani, P. (2007). Psychometric Characteristics Of Beck Depression Inventory – II In Patients With Major Depressive Disorder *Journal Of Rehabilitation*; 8 (29): 80-86.
19. Costa, P.T. and McCrae, R.R. (1992). "Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five factor inventory (NEO-FFI) professional manual". Psychological assessment resources, Odessa, FL.
20. Ghayour, M. (1996). Study and Comparison of Personality Characteristics of Male Athletic and Non-Athletic Male Students of Najafabad Islamic Azad University. M.Sc. in Physical Education and Sport Sciences, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, Isfahan University
21. Shokri, A., Kadivar, P., Daneshpour, Z. (2007). Gender difference in subjective well-being: The role of personality traits. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Former Thought and Behavior)*; 13 (3): 280-289.

Original Article

Comparison of personality traits of depressed patients and obsessive-compulsive disorder

Received: 22/10/2019 - Accepted: 27/01/2020

Sepideh Talebi¹
Ramezan Hassanzadeh^{2*}
Bahram Mirzaeian³

¹ Department of Psychology, Sari Branch,
Islamic Azad University, Sari, Iran

² Department of Psychology, Sari Branch,
Islamic Azad University, Sari, Iran

³ Department of Psychology, Sari Branch,
Islamic Azad University, Sari, Iran

Email: rhassanzadehd@yahoo.com

Abstract

Introduction: Major depressive disorder is the third and obsessive-compulsive disorder is the fourth most common mental disorder. These disorders have devastating effects on a person's job, education, and social functioning. The aim of this study was to compare the personality traits of depressed, obsessive-compulsive patients.

Materials and Methods: The research method was based on causal-comparative method and its statistical population was the clients of psychological and psychiatric centers of Sari city in 1397. Thirty people were randomly selected and randomly assigned to two groups of 15 obsessive-compulsive patients and depressed patients. The tools used included a five-factor personality questionnaire (NEO) (McCray and Costa, 1985) and Beck Depression (Beck, 1961). In order to analyze the results, a variance analysis test with a significant level ($\alpha = 0.05$) was used.

Results: The results showed that people with depression and obsessive-compulsive disorder in the characteristics of Nowruz ($P < 0.001$), extroversion ($P < 0.018$), empiricism ($P < 0.003$), consensus ($P < 0.004$), conscientiousness ($P < 0.042$) were different from people with obsessive-compulsive disorder.

Conclusion: Based on the findings of this study, it can be said that due to the differences in different groups of patients in terms of personality, these characteristics may be different in creating and continuing and the effect of these variables on various mental disorders and problems.

Key words: personality traits, depressive disorder, obsessive-compulsive disorder

Acknowledgement: There is no conflict of interest.