

روابط ساختاری ابعاد شخصیتی نئو با نشانه‌های اختلال‌های اضطرابی و افسردگی

اصغر وثوقی⁽¹⁾، دکتر عباس بخشی‌پور رودسری⁽²⁾، دکتر تورج هاشمی⁽³⁾، سیامک فتح‌الهی⁽⁴⁾

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، تعیین عوامل مشترک و عوامل اختصاصی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی بر پایه ابعاد شخصیتی نئو بود. **روش:** 413 (200 پسر و 213 دختر) دانشجوی دانشگاه تبریز به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و به این پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند: پرسش‌نامه پنج‌عاملی نئو (NEO-FFI)، پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II)، شاخص حساسیت اضطرابی (ASI)، پرسش‌نامه نگرانی ایالت پن (PSWQ)، پرسش‌نامه وسواسی-جبری مادزلی (MOCI)، پرسش‌نامه ترس مرضی اجتماعی (SPIN) و مقیاس محرک‌ها- پاسخ‌های مربوط به ترس مرضی (PSRS). برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل عاملی تأییدی و روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان‌گر برازندگی بهتر ساختار پنج‌عاملی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در مقایسه با ساختار شش‌عاملی بود. یافته‌ها تنها از روایی سه بعد شخصیتی نئو حمایت کرد. از میان الگوهای ساختاری گوناگون ارزیابی شده، بهترین برازش مربوط به ساختاری بود که در آن ابعاد مرتبه بالای روان‌رنجورگرایی، برون‌گرایی و باوجدان‌بودن به‌شيوه قابل‌انتظار روی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی اثر معنی‌داری می‌گذارد. **نتیجه‌گیری:** روان‌رنجورگرایی ویژگی مشترک اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، برون‌گرایی پایین ویژگی اختصاصی افسردگی و ترس مرضی اجتماعی و باوجدان‌بودن ویژگی اختصاصی وسواسی-جبری است.

کلیدواژه: ابعاد شخصیتی نئو؛ اختلال‌های اضطرابی؛ اختلال افسردگی؛ مدل‌یابی معادلات ساختاری

[دریافت مقاله: 1390/5/6؛ پذیرش مقاله: 1390/10/18]

مقدمه

جایگزینی برای طبقه‌بندی بیماری‌ها⁴ معرفی شده‌اند که بر دیدگاه ابعادی متکی هستند. به بیان دیگر پژوهشگران برای تبیین هم‌پوشی مشاهده‌شده میان این اختلال‌ها، روی ساختارهای اضطراب و افسردگی تمرکز کرده، الگوهای گوناگونی ارائه نموده‌اند. برای مثال شواهد گسترده‌ای در مورد الگوی دوعاملی عاطفه (5) وجود دارد؛ دو بعد کلی و به‌نسبت مستقل فعال‌ساز هیجانی عاطفه مثبت و عاطفه منفی، که آنها را به ترتیب فعال‌ساز مثبت⁵ و فعال‌ساز منفی⁶ نام‌گذاری کرده‌اند (6). «خوشی»⁷ و «تهییج»⁸ در گروه عاطفه مثبت و «ترس» و «خشم» در گروه عاطفه منفی قرار می‌گیرند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند

چهارمین ویراست تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی¹ (DSM-IV-TR) (1) سازمانی منطقی از نشانگان را مبتنی بر نشانه‌های فنوتیپیک² منعکس می‌کند. این سامانه به‌دلیل میزان بسیار بالای هم‌پوشی تشخیصی³ مورد انتقاد قرار گرفته است. این میزان بالای هم‌پوشی نشان می‌دهد که اختلال‌ها خوب طبقه‌بندی نشده‌اند. برای مثال میان دو دسته اختلال‌های خلقی و اضطرابی هم‌پوشی تشخیصی اساسی وجود دارد (2، 3)، که هم از نظر پژوهشی و هم از نظر بالینی تأیید شده است (4). به‌دلیل میزان بالای هم‌پوشی میان مقوله‌های تشخیصی، رویکردهای

(1) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، فلکه دانشگاه، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دورنگار: 0411-4476899 (نویسنده مسئول)
E-mail: asgharvossoughi@yahoo.com؛ (2) دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز؛ (3) دکترای تخصصی روانشناسی تربیتی، دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز؛ (4) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز.

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition-Text Revision

2- phenotypic

3- diagnostic comorbidity

4- nosological

5- positive activation

6- negative activation

7- delighted

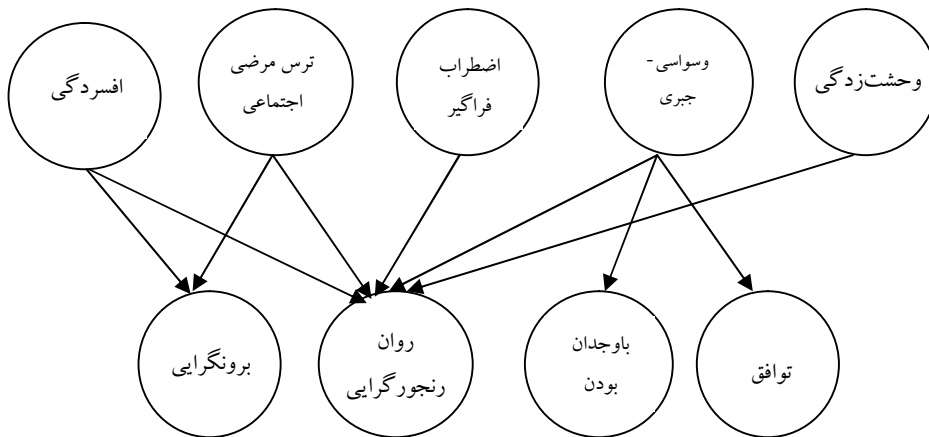
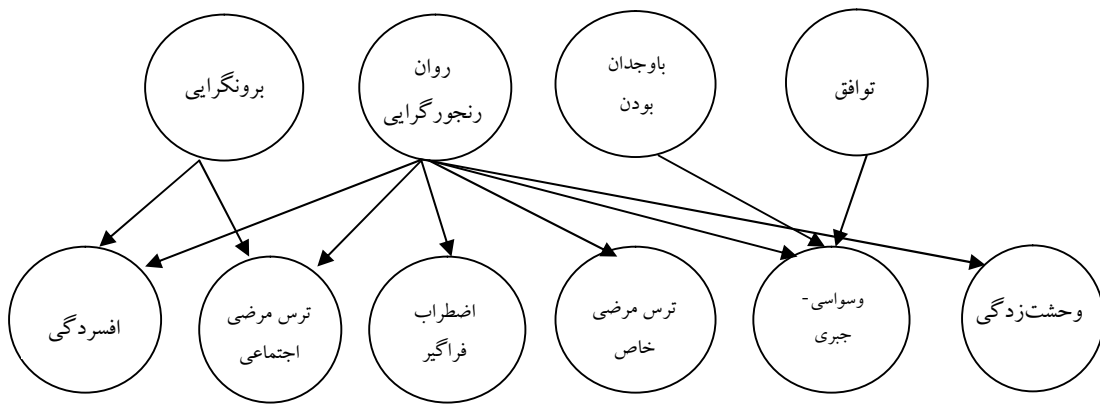
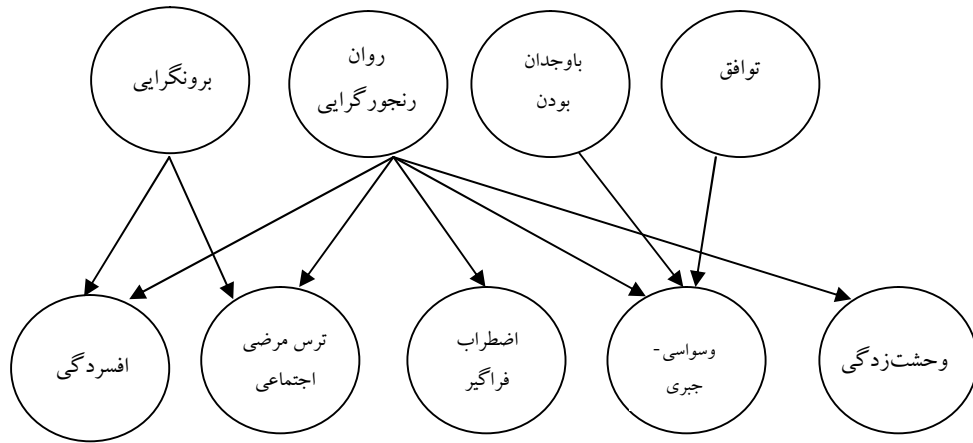
8- excited

پایین با افسردگی جزئی¹⁶ رابطه دارد (23). توافق، برون‌گرایی و باوجدان‌بودن رابطه ضعیف‌تری با افسردگی فعلی و بعدی دارد (23، 24). میزان پایین باوجدان‌بودن با افسردگی اساسی مرتبط است (3). میان باوجدان‌بودن پایین با افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر¹⁷ و ترس مرضی اجتماعی رابطه وجود دارد (22). باوجدان‌بودن و توافق عوامل اختصاصی دو اختلال وسواسی - جبری¹⁸ و استرس پس‌آسیبی¹⁹ هستند (25) و میزان پایین باوجدان‌بودن با اختلال وسواسی - جبری مرتبط است (26). کوتو و همکاران (22) بر این باورند که هیچ‌الگوی از اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، بدون در نظر گرفتن ویژگی‌های شخصیتی تکمیل نخواهد شد. بر این اساس هدف‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: 1) مقایسه و ارزیابی اعتبار ساختار پنج‌عاملی مطرح‌شده در الگوهای سلسله مراتبی (2، 13، 16، 27) و سلسله مراتبی تلفیقی (17) با ساختار شش‌عاملی. ساختار شش‌عاملی افزون بر اختلال‌های افسردگی، وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر، وسواسی - جبری و ترس مرضی اجتماعی (ساختار پنج‌عاملی)، ترس مرضی خاص را نیز دربرمی‌گیرد. 2) بررسی روایی الگوی چهارعاملی شخصیت، که افزون بر دو بعد روان‌رنجورگرایی و برون‌گرایی، توافق و باوجدان‌بودن را نیز شامل می‌شود. 3) بررسی یک چارچوب ساختاری بسط‌یافته مبتنی بر ابعاد شخصیتی الگوی پنج‌عاملی با اختلال‌های اضطرابی و افسردگی. در مورد اخیر پیش‌بینی می‌شود از میان الگوها، بهترین برازش مربوط به الگوی باشد که: الف) هماهنگ با نظریه و شواهدی که «روان‌رنجورگرایی یک بعد آسیب‌پذیری مشترک برای اختلال‌های هیجانی است» (19)، از عامل مرتبه بالا، یعنی روان‌رنجورگرایی، مسیرهای معناداری به هر یک از عوامل اختلال‌های هیجانی وجود داشته باشد؛ ب) بر مبنای شواهدی که برون‌گرایی، یک ویژگی اختصاصی افسردگی و ترس مرضی اجتماعی است، مسیرهای معناداری از عامل مرتبه بالا، یعنی برون‌گرایی، به افسردگی و ترس مرضی اجتماعی وجود داشته باشد؛ ج) مسیرهای معنادار از عوامل مرتبه بالای توافق و باوجدان‌بودن به اختلال وسواسی - جبری وجود داشته باشد (شکل 1).

عاطفه مثبت و منفی تا اندازه‌ای می‌توانند تبیینی برای هم‌پوشی اختلال‌های خلقی تک‌قطبی و اختلال‌های اضطرابی باشند (7). به‌ویژه عاطفه منفی که نشان‌گر پریشانی¹ غیراختصاصی است، در افسردگی و اضطراب مشترک است، درحالی‌که عاطفه مثبت پایین نشان‌گر اختصاصی افسردگی است (7-11). در الگوی سه‌بخشی² (12)، عاطفه منفی، عامل غیراختصاصی³ و عاطفه مثبت و برانگیختگی اضطرابی⁴ به ترتیب نشان‌گرهای اختصاصی⁵ افسردگی و اضطراب بودند. این الگو حمایت‌هایی دریافت کرده است (9، 13، 14). الگوی سه‌بخشی، اضطراب را سازه‌ای همگن در نظر می‌گیرد. بارلو و همکاران (15، 16) به دلیل ناهمگنی قابل‌ملاحظه موجود در نشانه‌های اضطراب، الگوی متفاوتی را پیشنهاد دادند؛ همه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی یک جزء پریشانی عمومی یا اندیشناکی اضطرابی دارند و بر پایه این عامل با هم مرتبطند. از سوی دیگر هر یک از اختلال‌های اضطرابی یک جزء اختصاصی هم دارند که آنها را از هم متمایز می‌کند. در الگوی سلسله مراتبی انسجامی⁶ (17) جنبه‌های کلیدی الگوی سه‌بخشی (12) با الگوی سلسله مراتبی (16) تلفیق شده است؛ هر نشانگان خاص می‌تواند تلفیقی از یک مؤلفه مشترک (عاطفه منفی) و یک یا چند مؤلفه اختصاصی باشد. مؤلفه مشترک یک عامل مرتبه بالای فراگیر⁷ و در اختلال‌های خلقی و اضطرابی و سایر اختلال‌های روانی مشترک است. مؤلفه اختصاصی نیز هر اختلال را از سایر اختلال‌ها متمایز می‌سازد. برای نمونه، عاطفه مثبت پایین، مؤلفه اختصاصی افسردگی و ترس مرضی اجتماعی⁸ و برانگیختگی فیزیولوژیکی، مؤلفه اختصاصی اختلال وحشت‌زدگی⁹ است. در این الگو بخش بزرگی از واریانس اختلال اضطراب فراگیر به کمک عاطفه منفی تبیین می‌شود.

میان پنج عامل بزرگ شخصیت¹⁰ و عاطفه منفی و مثبت هم‌پوشی وجود دارد (8، 18). از میان پنج عامل بزرگ، روان‌رنجورگرایی¹¹ و برون‌گرایی¹² را با هیجان‌پذیری منفی و مثبت برابر دانسته‌اند (8، 18، 19)، به طوری که تلگن (20) بر این باور است که دو عامل روان‌رنجورگرایی و برون‌گرایی باید به ترتیب بر حسب دوباره «تهییج‌پذیری منفی» و «تهییج‌پذیری مثبت» بگیرند. پژوهش‌ها بیشتر بر این دو بعد و دو عامل عاطفه منفی و مثبت تمرکز داشته‌اند و در مورد ارتباط ابعاد باوجدان‌بودن¹³، توافق¹⁴ و گشودگی به تجربه¹⁵ و اختلال‌های اساسی محور یک شناخت‌اندکی وجود دارد. در این زمینه بسیاری از پژوهش‌ها فقط پیوند یک ویژگی شخصیتی و یک اختلال را بررسی کرده‌اند (21، 22). یافته‌ها در این زمینه متناقض است؛ روان‌رنجورگرایی بالا و توافق

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1- distress | 2- tripartite model |
| 3- nonspecific factor | 4- anxious arousal |
| 5- specific markers | 6- integrative hierarchical model |
| 7- pervasive high order factor | 8- social phobia |
| 9- panic disorder | 10- Big Five personality |
| 11- neuroticism | 12- extraversion |
| 13- conscientiousness | 14- agreeableness |
| 15- openness to experience | 16- minor depression |
| 17- generalized anxiety disorder | |
| 18- obsessive-compulsive | 19- post-traumatic stress |



شکل 1- الگوهای ساختاری ابعاد شخصیتی و اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، شامل الگوی اصلی (بالا)، الگوی رقیب 1 (وسط) و الگوی رقیب 2 (پایین)

روش

انسانی، فنی، علوم پایه و علوم پزشکی به تصادف سه دانشکده انتخاب شد و سپس از دانشجویان این دانشکده‌ها بر اساس جدول نمونه‌گیری مورگان 413 نفر (213 دختر و 200 پسر) به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. از آزمودنی‌ها

جامعه پژوهش حاضر دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی 89-1388 (15000 نفر) بودند. به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای از میان چهار گروه آموزشی علوم

پرسش‌نامه نگرانی ایالت پن (PSWQ)¹⁵ یک ابزار خودگزارشی 16 گویه‌ای برای ارزیابی فراوانی و شدت نشانه‌های نگرانی است. گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از یک (به هیچ وجه) تا پنج (سیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند (32). هم‌سانی درونی و پایایی آزمون - بازآزمون PSWQ به ترتیب 0/90-0/91 (2، 33، 34) و 0/92-0/74 (32، 34، 35) گزارش شده است. آلفای کرونباخ و پایایی آزمون - بازآزمون نسخه فارسی آن نیز به ترتیب 0/88 و 0/79 بوده است (36). در پژوهش حاضر PSWQ شاخص اختلال اضطراب فراگیر بود.

پرسش‌نامه وسواسی - جبری مادزلی (MOCI)¹⁶ 30 گویه دارد که به صورت درست/ نادرست پاسخ داده می‌شود. MOCI پنج خرده‌آزمون دارد: وارسی¹⁷، شست‌وشو¹⁸، شک وسواسی¹⁹، کندی²⁰ و نشخوار ذهنی²¹ (37). پایایی آزمون - بازآزمون آن 0/89 گزارش شده است (38). در ایران ضریب پایایی کل و روایی هم‌گرایی²² آن با مقیاس ییل - براون²³ (Y-BOCS) به ترتیب 0/84 و 0/78 گزارش شده است (39). پایایی آزمون - بازآزمون نسخه فارسی نیز 0/78 گزارش شده است (38).

پرسش‌نامه ترس مرضی اجتماعی (SPIN)²⁴ یک ابزار خودسنجی 17 گویه‌ای است که برای ارزیابی اضطراب یا ترس مرضی اجتماعی تنظیم شده است. SPIN سه خرده‌مقیاس دارد: ترس²⁵ (شش گویه)، اجتناب²⁶ (هفت گویه) و برانگیختگی فیزیولوژیکی²⁷ (چهار گویه). پایایی

درخواست شد رضایت‌نامه پژوهش را مطالعه و در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند. ملاک‌های خروج عبارت بود از سابقه بستری در مراکز روانپزشکی و مراجعه به متخصصان به دلیل مشکل روان‌شناختی. برای گردآوری داده‌ها، ابزارهای زیر به کار رفت:

پرسش‌نامه پنج‌عاملی نئو¹ (NEO-FFI) 60 گویه دارد و هر گویه روی مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (به‌طور کامل مخالف تا به‌طور کامل موافق) پاسخ داده می‌شود. این آزمون از پنج مجموعه 12 گویه‌ای مربوط به هر یک از ابعاد شخصیت (روان‌رنجورگرایی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و باوجدان‌بودن) تشکیل شده است و بنابراین نمره هر بعد صفر تا 40 خواهد بود (27). آلفای کرونباخ² ابعاد شخصیتی به ترتیب بالا 0/80، 0/78، 0/69، 0/71 و 0/75 به دست آمده است. ضرایب همبستگی میان ابعاد دو فرم کوتاه و بلند پرسش‌نامه نئو به همان ترتیب 0/92، 0/90، 0/91، 0/77 و 0/87 بوده است (28). ضریب پایایی³ ابعاد نسخه فارسی به همان ترتیب 0/86، 0/77، 0/73، 0/68 و 0/81 گزارش شده است (29).

پرسش‌نامه افسردگی بک⁴ (BDI-II) 21 گویه دارد و نشانه‌های تعریف شده افسردگی، مانند غمگینی، احساس گناه، نبود علاقه، کناره‌گیری اجتماعی و اندیشه خودکشی را ارزیابی می‌کند. گویه‌ها روی مقیاس صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌گر افسردگی شدیدتر است (29). بر پایه هنجار ارایه شده در بررسی اصلی (29) نمره صفر تا 13، 14-19، 20-28 و 29-63 به ترتیب بیان‌گر افسردگی جزئی⁵، خفیف⁶، متوسط⁷ و شدید⁸ است. آلفای کرونباخ و پایایی آزمون - بازآزمون⁹ نسخه فارسی به ترتیب 0/87 و 0/74 گزارش شده است (30).

شاخص حساسیت اضطرابی¹⁰ (ASI) یک مقیاس خودسنجی 16 گویه‌ای است که برای ارزیابی ترس از تجربه‌ها و احساس‌های مرتبط با اضطراب طراحی و تدوین شده است. گویه‌ها روی مقیاس پنج‌درجه‌ای صفر (خیلی کم) تا چهار (خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شوند. هم‌سانی درونی¹¹، پایایی آزمون - بازآزمون، روایی پیش‌بین¹²، سازه¹³ و ملاک¹⁴ ASI مناسب گزارش شده است (31). در پژوهش حاضر ASI شاخص اختلال وحشت‌زدگی بود.

- | | |
|---|----------------|
| 1- NEO Five-Factor Inventory | |
| 2- Cronbach's α | 3- Reliability |
| 4- Beck Depression Inventory | 5- minimal |
| 6- mild | 7- moderate |
| 8- severe | |
| 9- Test-retest reliability | |
| 10- Anxiety Sensitivity Index | |
| 11- internal consistency | |
| 12- predictive validity | |
| 13- construct | |
| 14- criterion | |
| 15- Penn State Worry Questionnaire | |
| 16- Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory | |
| 17- checking | 18- washing |
| 19- obsessive doubting | 20- slowness |
| 21- rumination | 22- convergent |
| 23- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale | |
| 24- Social Phobia Inventory | 25- fear |
| 26- avoidance | |
| 27- physiological arousal | |

یافته‌ها

آلفای کرونباخ روان‌رنجورگرایی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق، باوجدان‌بودن، ASI، BDI-II، PSRQ، MOCI، SPIN، PSRS و خرده‌مقیاس‌هایش (ترس مرضی از حیوان و ترس‌های مرضی اجتماعی، موقعیتی، آسیب‌بدنی و تزریق خون) به ترتیب 0/80، 0/71، 0/51، 0/49، 0/80، 0/87، 0/85، 0/89، 0/77، 0/88، 0/87، 0/84، 0/84، 0/82، 0/81 و 0/89 به‌دست آمد.

هر یک از متغیرهای مکنون افسردگی، وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر، وسواسی-جبری و ترس مرضی اجتماعی با سه نشان‌گر و ترس مرضی خاص با پنج نشان‌گر اندازه‌گیری شد. در تحلیل نهایی برای متغیرهای مکنون افسردگی، وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر و ترس مرضی اجتماعی سه شاخص، وسواسی-جبری دو شاخص و ترس مرضی خاص سه شاخص (که دارای بیشترین بار عاملی بودند) استفاده شد. بارهای عاملی (برآوردهای استاندارد)²⁶ متغیرهای مکنون افسردگی، وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر، وسواسی-جبری، ترس مرضی اجتماعی و ترس مرضی خاص به ترتیب 0/86-0/61، 0/37-0/82، 0/47-0/80، 0/46-0/64، 0/59-0/82 و 0/71 (برای همه موارد $p \leq 0/001$) و نشان‌دهنده روایی هم‌گرای نشانگرها بود.

بررسی شاخص‌های ارزیابی برازندگی الگوهای پنج و شش عاملی (جدول 1) نشان داد الگوی پنج‌عاملی نسبت به الگوی شش‌عاملی از برازش خوبی برخوردار است.

- | | |
|---|--------------------|
| 1- Brief Social Phobia Scale | 2- content |
| 3- Phobic Stimuli Response Scales | 4- animal |
| 5- social | 6- situational |
| 7- bodily harm | 8- blood-injection |
| 9- Statistical Package for the Social Science- version 16 | |
| 10- Linear Structural Relationships- version 8.54 | |
| 11- confirmatory factor analysis | |
| 12- measurement models | |
| 13- structural equation modeling | |
| 14- chi-square | |
| 15- chi-square ratio to free degree | |
| 16- Goodness of Fit Index | |
| 17- Non-Normed Fit Index | |
| 18- Compative Fit Index | |
| 19- Incremental Fit Index | |
| 20- Root Mean Square Error of Approximation | |
| 21- parceling | |
| 22- exploratory factor analysis | |
| 23- principal component analysis | |
| 24- direct oblimin | |
| 25- principal axial factoring | |
| 26- standardized estimates | |

آزمون-بازآزمون کل 0/78-0/89 و هم‌سانی درونی کل و خرده‌مقیاس‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی به ترتیب 0/94، 0/89، 0/91 و 0/80 گزارش شده است (40). روایی هم‌گرا با کاربرد فرم کوتاه مقیاس ترس مرضی اجتماعی¹ (BSPS) (40) 0/57-0/80 گزارش شده است. پایایی آزمون-بازآزمون و ضریب آلفای نسخه فارسی به ترتیب 0/83 و 0/86 گزارش شده است. اعتبار محتوایی² نیز به‌وسیله سه استاد روانشناسی تأیید شده است (41).

مقیاس‌های محرک‌ها - پاسخ‌های مربوط به ترس مرضی³ (PSRS): 46 گویه این مجموعه برای ارزیابی ترس مرضی از حیوان⁴ و ترس‌های مرضی اجتماعی⁵، موقعیتی⁶، آسیب‌بدنی⁷ و تزریق خون⁸ تنظیم شده است. آلفای کرونباخ پنج مؤلفه به ترتیب بالا 0/86، 0/85، 0/73، 0/80 و 0/87 گزارش شده است (42).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزارهای SPSS-16⁹ و LISREL-8.54¹⁰ انجام شد. با کاربرد رویکرد دو مرحله‌ای (43)، در گام نخست از روش تحلیل عاملی تأییدی¹¹ برای ارزیابی برازندگی الگوهای اندازه‌گیری¹² متغیرهای مکنون (آیا اندازه‌های مشاهده‌پذیر به خوبی و درستی سازه‌های مکنون را اندازه‌گیری می‌کنند) و در گام دوم از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری¹³ برای ارزیابی الگوهای ساختاری استفاده شد. برای ارزشیابی مدل ساختاری شاخص‌های مجذور کای¹⁴، نسبت مجذور کای به درجه آزادی¹⁵، شاخص نیکویی برازش¹⁶ (GFI)، شاخص هنجارنشده برازندگی¹⁷ (NNFI)، شاخص برازندگی تطبیقی¹⁸ (CFI)، شاخص برازندگی افزایشی¹⁹ (IFI) و ریشه میانگین مجذور خطای تقریب²⁰ (RMSEA) به کار رفت.

از گویه‌های هر پرسش‌نامه به‌عنوان نشان‌گرهای آن سازه استفاده شد. با توجه به زیاد بودن تعداد گویه‌های هر مقیاس، روش دسته‌بندی کردن²¹ برای کاهش تعداد گویه‌ها به کار رفت. از میان سه روش معمول دسته‌بندی کردن، گمارش تجربی و روش تحلیل عاملی اکتشافی²² به کار رفت. گفتنی است برای سازه توافق، روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی²³ و چرخش مایل کمینه مستقیم²⁴ و برای دیگر سازه‌ها روش عامل‌یابی محورهای اصلی²⁵ و چرخش مایل کمینه مستقیم به کار رفت. هر دسته با جمع نمره گویه‌های هر عامل و تقسیم آن بر تعداد گویه‌ها به‌دست آمد.

جدول 1- شاخص‌های برازندگی الگوهای پنج و شش‌عاملی اندازه‌گیری عوامل مکنون اختلال‌های اضطرابی و افسردگی

IFI	GFI	RMSEA	NNFI	CFI	df	χ^2	
0/95	0/96	0/051	0/93	0/95	64	133/36	الگوی پنج‌عاملی
0/93	0/90	0/064	0/87	0/90	104	280/68	الگوی شش‌عاملی

جدول 2- شاخص‌های برازندگی الگوی اندازه‌گیری سه‌عاملی ابعاد شخصیتی

IFI	GFI	RMSEA	NNFI	CFI	df	χ^2	شاخص‌ها
0/98	0/97	0/064	0/94	0/97	11	29/26	الگوی اندازه‌گیری

همبستگی میان برون‌گرایی - روان‌رنجورگرایی، باوجدان‌بودن - روان‌رنجورگرایی و باوجدان‌بودن - برون‌گرایی به ترتیب 0/72، 0/52 و 0/83 (برای همه موارد $p \leq 0/001$) بود. ماتریس همبستگی متغیرهای مکنون عامل‌های اختلال‌های اضطرابی و افسردگی نیز همگی در سطح 0/001 معنادار بود (جدول 3).

شاخص‌های ارزیابی برازندگی نشان داد الگوی اصلی نسبت به الگوهای رقیب از برازش خوبی برخوردار است (جدول 4).

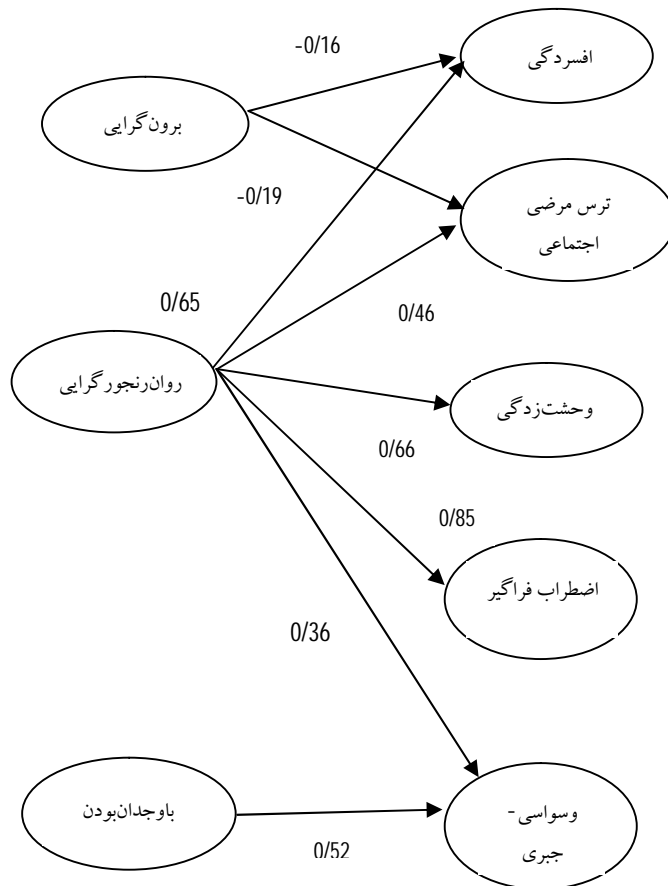
الگوی ساختاری به‌دست‌آمده با روش لیزرل (شکل 2) نشان داد تمامی مسیرها از عامل روان‌رنجورگرایی به عوامل سطوح دوم معنی‌دار بود، به این معنی که روان‌رنجورگرایی عامل آسیب‌پذیری تمامی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است. هم‌چنین مسیرهای علی برون‌گرایی - افسردگی و برون‌گرایی - ترس مرضی اجتماعی معنی‌دار بود، به این معنی که برون‌گرایی پایین عامل آسیب‌پذیری برای این اختلال‌هاست. مسیر علی از عامل مرتبه بالای باوجدان‌بودن به وسواسی - جبری نیز معنادار بود، بدین معنی که میزان بالای باوجدان‌بودن عامل آسیب‌پذیری برای وسواسی - جبری است.

تحلیل عامل تأییدی ابعاد شخصیتی نئو، نشان‌گر الگوی پنج‌عاملی روان‌رنجورگرایی، برون‌گرایی، توافق، گشودگی به تجربه و باوجدان‌بودن بود. تحلیل‌های عاملی تأییدی انجام‌شده تنها از روایی تمیزی¹ سه بعد شخصیتی (روان‌رنجورگرایی، برون‌گرایی و باوجدان‌بودن) حمایت کرد. از آنجا که بعد شخصیتی توافق از نشان‌گرهای خوبی برخوردار نبود، از الگوی نهایی حذف شد. هر یک از متغیرهای مکنون روان‌رنجورگرایی، برون‌گرایی و باوجدان‌بودن با سه نشان‌گر اندازه‌گیری شدند. در تحلیل نهایی برای متغیرهای مکنون روان‌رنجورگرایی و برون‌گرایی دو نشان‌گر و برای متغیر مکنون باوجدان‌بودن همان سه نشان‌گر به کار رفت. بارهای عاملی (برآوردهای استاندارد) متغیرهای اندازه‌گیری برای عامل‌های مکنون روان‌رنجورگرایی، برون‌گرایی و باوجدان‌بودن 0/72-0/74، 0/35-0/82 و 0/44-0/87 (برای همه موارد $p \leq 0/001$) و نشان‌دهنده روایی هم‌گرایی نشان‌گرها بود. تحلیل عاملی تأییدی نشان داد الگوی اندازه‌گیری سه‌عاملی (روان‌رنجورگرایی، برون‌گرایی و باوجدان‌بودن) از برازندگی قابل‌قبولی برخوردار است (جدول 2).

جدول 3- ماتریس همبستگی متغیرهای مکنون عامل‌های اختلال‌های اضطرابی و افسردگی

متغیرها	افسردگی	وحشت‌زدگی	اضطراب فراگیر	وسواسی - جبری	ترس مرضی اجتماعی	ترس مرضی خاص
افسردگی	-					
وحشت‌زدگی	0/48*	-				
اضطراب فراگیر	0/72*	0/71*	-			
وسواسی - جبری	0/23*	0/24*	0/26*	-		
ترس مرضی اجتماعی	0/44*	0/49*	0/47*	0/23*	-	
ترس مرضی خاص	0/19*	0/46*	0/34*	0/56*	0/46*	-

* $p < 0/001$



شکل 2- بهترین مدل برازش یافته سه بعد شخصیتی نشانه‌های اختلال‌های اضطرابی و افسردگی

جدول 4- شاخص‌های برازندگی مدل اصلی با مدل‌های رقیب

شاخص‌ها	χ^2	df	CFI	NNFI	RMSEA	GFI	IFI
الگوی اصلی	403/25	173	0/91	0/89	0/05	0/91	0/91
الگوی رقیب 1	742/14	240	0/83	0/81	0/07	0/84	0/87
الگوی رقیب 2	691/89	171	0/80	0/75	0/08	0/80	0/80

بحث

در پژوهش حاضر، تحلیل عاملی تأییدی از روایی تمیزی پنج اختلال اضطرابی و افسردگی حمایت کرد و یافته‌ها نشان داد الگوی پنج‌عاملی اختلال‌های افسردگی و اضطرابی (شامل اضطراب فراگیر، وحشت‌زدگی، وسواسی-جبری، ترس مرضی اجتماعی و افسردگی) در مقایسه با الگوی شش‌عاملی (که شامل ترس مرضی خاص نیز می‌شود) از برازندگی خوبی برخوردار بود. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها (13، 44) هم‌سو بود، افزون بر این توانست یافته‌های پیشین را با دربرگرفتن¹ یک عامل مکنون دیگر، یعنی عامل باوجدان‌بودن، بسط دهد. هم‌چنین پژوهش حاضر

از ساختار سه‌عاملی ابعاد شخصیتی نشو (روان‌رنجورگرایی، برون‌گرایی و باوجدان‌بودن) حمایت کرد. پژوهش‌های گوناگون (27، 45، 46) نشان داده‌اند بعد توافق نسبت به دیگر ابعاد، روایی و پایایی ضعیفی دارد، که این مسأله در بررسی حاضر نیز تأیید شد.

ساختار پنج‌عاملی به‌دست آمده نشان داد میان اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی همبستگی عاملی بالایی وجود داشت. در واقع همبستگی میان اضطراب فراگیر و افسردگی بالاتر از همبستگی میان اضطراب فراگیر با وحشت‌زدگی، وسواسی-جبری و ترس مرضی اجتماعی بود. با وجود آن‌که

1- inclusion

تمیز اختلال اضطراب فراگیر از دیگر اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، با الگوی اندازه‌گیری پنج‌عاملی حمایت شد، یافته‌ها نشان‌گر میزان بالای هم‌پوشی اختلال اضطراب فراگیر با دیگر اختلال‌ها بود. افزون بر این اختلال اضطراب فراگیر قوی‌ترین رابطه را با بعد غیراختصاصی روان‌رنجورگرایی داشت. این یافته‌ها از یک سو نشان‌گر روایی تمیزی ضعیف اختلال اضطراب فراگیر نسبت به دیگر اختلال‌هاست و از سوی دیگر هم‌سو با مفهوم‌سازی اختلال اضطراب فراگیر، به‌عنوان اختلال هیجانی بنیادی است. اختلال اضطراب فراگیر دربرگیرنده ویژگی‌هایی مانند نگرانی مزمن و عاطفه منفی است که این ویژگی‌ها به میزان متفاوت در تمامی اختلال‌های هیجانی نقش دارند (2، 13).

در مورد روابط اختلال‌های هیجانی و ابعاد شخصیتی؛ (1) همبستگی وارون عاملی¹ میان روان‌رنجورگرایی و برون‌گرایی هم‌سو با یافته‌های پیشین (13، 47، 48) است. (2) هم‌سو با الگوی سه‌بخشی که در آن عاطفه منفی عامل مشترک اضطراب و افسردگی است، همه مسیرها از روان‌رنجورگرایی به اختلال‌های هیجانی معنی‌دار بود. (3) اندازه نسبی این مسیرها نیز قابل پیش‌بینی بود. برای نمونه، مسیر روان‌رنجورگرایی - اضطراب فراگیر و روان‌رنجورگرایی - افسردگی اندازه‌ای بزرگ داشت، عواملی که هماهنگ با DSM-IV قوی‌ترین رابطه را با عاطفه منفی دارند. همبستگی‌های عاملی و ضرایب مسیر کوچک‌تر نیز میان روان‌رنجورگرایی و اختلال‌های خاص اضطرابی (برای نمونه، ترس مرضی اجتماعی و وسواسی - جبری) وجود داشت، که هم‌سو با ادبیات پژوهش نشان‌گر آن است که ماهیت و قوت روان‌رنجورگرایی در اختلال‌های اضطرابی متفاوت است (13، 49). در کل یافته‌ها هم‌سو با یافته‌های پیشین نشان‌داد روان‌رنجورگرایی عامل آسیب‌پذیری به تمامی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است (13، 17، 22، 25، 49-52، 4). مسیر منفی معنادار از برون‌گرایی به افسردگی و از برون‌گرایی به ترس مرضی اجتماعی، هم‌سو با یافته‌های پیشین نشان‌گر آن است که میزان پایین برون‌گرایی عامل آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی و ترس مرضی اجتماعی است (4، 13، 25، 49، 53، 54). (5) باوجدان‌بودن مؤلفه اختصاصی وسواسی - جبری و عامل آسیب‌پذیری نسبت به این اختلال است. افراد دارای نمره بالا در عامل باوجدان‌بودن، افرادی دقیق، وسواسی، وقت‌شناس و قابل

اعتماد هستند و دو ویژگی اصلی توانایی کنترل تکانه‌ها و تمایلات و به‌کارگیری طرح و برنامه در رفتار از ویژگی‌های این افراد است. بنابراین طبیعی است که عامل باوجدان‌بودن مؤلفه اختصاصی اختلال وسواسی - جبری باشد. فروید بر این باور بود که سرسختی، خست، نظم و تمامی مؤلفه‌های «منش مقعدی» صفات مستعدکننده وسواس هستند (26). به بیانی دیگر فروید افراد مبتلا به وسواس را افرادی متعصب، انعطاف‌ناپذیر و دارای وجدان سخت‌گیر معرفی می‌کند (55). از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان می‌دهند اختلال شخصیت وسواسی - جبری نسبت به رشد اختلال وسواسی - جبری آسیب‌پذیر است (26)، به بیان دیگر پیش‌بینی می‌شود میان اختلال شخصیت وسواسی - جبری و اختلال وسواسی - جبری رابطه‌ای وجود داشته باشد (55)، برای نمونه برخی صفت‌های مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی - جبری، مانند نظم و ترتیب، انعطاف‌ناپذیری، تردید در تصمیم‌گیری و کمال‌گرایی در درمان‌جویان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری دیده شده است (56). بنابراین به‌طور خلاصه یافته‌های این پژوهش نشان‌داد روان‌رنجورگرایی ویژگی مشترک اختلال‌های اضطرابی و افسردگی و در واقع تبیین‌کننده هم‌بودی مشاهده‌شده میان این اختلال‌هاست. برون‌گرایی پایین، ویژگی اختصاصی افسردگی و ترس مرضی اجتماعی و باوجدان‌بودن ویژگی اختصاصی وسواسی - جبری است.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بود از (1) مقطعی بودن، که استخراج نتایج علت و معلولی را ناممکن می‌سازد؛ (2) خودگزارشی بودن ابزارها؛ (3) محدود بودن جمعیت مورد بررسی به دانشجویان، که تعمیم یافته‌ها را محدود می‌سازد. پیشنهاد می‌شود بررسی‌های مشابه روی گروه‌های دیگر، به‌ویژه کودکان انجام شود تا نقش مزاج در پدیدآیی اختلال‌های دوران کودکی نیز بررسی شود. بررسی‌های مربوط به این گروه سنی به‌ویژه می‌تواند امیدبخش باشد، زیرا به روشن‌تر شدن سبب‌شناسی اساسی بیماری‌های روانی کمک می‌کند. از دیگر پیشنهادها برای پژوهش‌های آتی، بررسی همبستگی میان آسیب روانی و ویژگی‌های شخصیتی سطح پایین‌تر است، زیرا ممکن است همبستگی‌های اختصاصی و قوی در این سطح ریزتر مشاهده شود (7، 58، 59). کاربرد فرم بلند پرسش‌نامه نئو، به‌دلیل روایی و پایایی مناسب‌تر نسبت به فرم کوتاه، از دیگر

7. Watson D, Kotov R, Gamez W. Basic dimensions of temperament in relation to personality and psychopathology. In Krueger RF, Tackett JL, editors. Personality and psychopathology. New York: Guilford Press; 2006. p. 7-38.
8. Clark LA, Watson D. Temperament: A new paradigm for trait psychology. In Pervin LA, John OP, editors. Handbook of personality: Theory and research. New York: Guilford Press; 1999. p. 399-423.
9. Watson D, Clark LA, Weber K, Assenheimer JS, Strauss ME, McCormick RA. Testing a tripartite model: Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *J Abnorm Psychol.* 1995; 104(1):15-25.
10. Watson D, Clark LA, Carey G. Positive and negative affectivity and their relation to the anxiety and depressive disorders. *J Abnorm Psychol.* 1988; 97(3):346-53.
11. Watson D, Gamez W, Simms LJ. Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom based perspective. *J Res Pers.* 2005; 39(1): 46-66.
12. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol.* 1991; 100(3):316-36.
13. Brown TA, Chorpita BF, Barlow DH. Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative effect, positive effect, and autonomic arousal. *J Abnorm Psychol.* 1998; 107(2):179-92.
14. Watson D, Weber K, Assenheimer JS, Clark LA, Strauss ME, McCormick, RA. Testing a tripartite model: Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *J Abnorm Psychol.* 1995; 104(1):3-14.
15. Barlow DH, Chorpita BF, Turovsky, J. Fear, panic, anxiety and disorders of emotion. *Nebraska Symposium on Motivation.* 1996; 43:251-328.
16. Barlow DH. The nature of anxiety: Anxiety, depression, and emotional disorders. In Rapee RM, Barlow DH, editors. *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression.* New York: Guilford. 1991. p.1-28.

پیشنهادهاست و در نهایت پژوهش‌های آتی باید به اختلال‌های کمتر شایع نیز توجه داشته باشند. چنین کاری ممکن است الگوهای جدیدی از همبستگی‌ها را آشکار سازد، که می‌تواند نظریه‌های ما را به‌طور ثمربخشی گسترش دهد. برای مثال، شواهد جدیدی وجود دارد که اختلال دوقطبی همبستگی مثبت قوی با انعطاف‌پذیری دارد (60)، که برخلاف همبستگی منفی (و ضعیف) بین این ویژگی و افسردگی است. در صورت تکرار چنین یافته‌هایی، فرآیندهای مختلف مهمی در اختلال‌های خلقی شناسایی می‌شود.

سیاسگزاری

بدین وسیله از تمامی دانشجویانی که با شرکت در پژوهش حاضر، ما را یاری کردند، و نیز از آقای دکتر سعید اکبری زردخانه، به پاس زحمت‌هایشان صمیمانه قدردانی می‌شود. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Psychometric properties of the Penn state worry questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behav Res Ther.* 1992; 30(1):33-7.
3. Gamez W, Watson D, Doebbeling BN. Abnormal personality and the mood and anxiety disorders: Implications for structural models of anxiety and depression. *J Anxiety Disord.* 2007; 21(4):526-39.
4. Bienvenu OJ, Brown C, Samuels JF, Liang KY, Costa PT, Eaton WW, Nestadt G. Normal personality traits and comorbidity among phobic, panic and major depressive disorders. *Psychiatry Res.* 2001; 102(1):73-85.
5. Watson D, Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychol Bull.* 1985; 89(2):219-35.
6. Watson D, Wiese D, Vaidya J, Tellegen A. The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *J Pers Soc Psychol.* 1999; 76(5):820-38.

17. Mineka S, Watson D, Clark LA. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annu Rev Clin Psychol.* 1998; 49(1):377-412.
18. Markon KE, Krueger RF, Watson D. Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *J Pers Soc Psychol.* 2005; 88(1):139-57.
19. Watson D, Clark LA, Harkness AR. Structures of personality and their relevance to psychopathology. *J Abnorm Psychol.* 1994; 103(1):18-31.
20. Tellegen A. Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In Tuma AH, Maser JD, editors. *Anxiety and the anxiety disorders.* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1985.
21. Krueger RF, Tackett JL. Personality and psychopathology: Working toward the bigger picture. *J Pers Disord.* 2003; 17(2):109-28.
22. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking big personality traits to anxiety, depression, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2010; 136(5): 768-821.
23. Chien LL, Ko HC, Wu JY. The five-factor model of personality and depressive symptoms: One-year follow-up. *Perss Individ Dif.* 2007; 43(5):1013-23.
24. Kemp AH, Stephan BC, Hopkinson P, Sumich AL, Paul RH, Clark CR. Toward an integrated profile of depression: Evidence from the brain resource international database. *J Integr Neurosci.* 2005; 4(1):95-106.
25. Kotov R, Watson D, Robles JP, Schmidt NB. Personality traits anxiety symptoms: The multilevel trait predictor model. *Behav Res Ther.* 2007; 45(7): 1485-503.
26. Rector NA, Hood K, Richter MA, Bagby RM. Obsessive-compulsive disorder and the five-factor model of personality: Distinction and overlap with major depressive disorder. *Behav Res Ther.* 2002; 40(10):1205-19.
27. Furukawa T, Hori S, Yoshida SI, Tsuji M, Nakanishi M, hamanaka T. Premorbid personality traits of patients with organic, schizophrenic, mood, and neurotic disorders according to the five-factor model of personality. *Psychiatry Res.* 1998; 78(3): 179-87.
28. Hagshenas H. The five-factor personality traits. Iran: Shiraz University of Medical Sciences Publications; 2006. [Persian]
29. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck depression inventory-II.* The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company San Antonio; 1996.
30. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Eberahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory-second edition: BDI-II-Persian. *Depress anxiety.* 2005; 21(4):185-92.
31. Tull MT, Stipelman BA, Salters-Pednealt K, Gtatz KL. An examination of recent non-clinical panic attacks, panic disorder, anxiety sensitivity, and emotion regulation difficulties in the prediction of generalized anxiety disorder in an analogue sample. *J anxiety disord.* 2009; 23(2):275-82.
32. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn state worry questionnaire. *Behav Res Ther.* 1990; 28(6):487-95.
33. Borkovec TD. The nature, functions, and origins of worry. In Davey GCL, Tallis F, editors. *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment.* Chichester: Wiley; 1994. p. 5-33.
34. Sto'ber J. Reliability and validity of two widely used worry questionnaires: Self-report and self-peer convergence. *Pers Individ Dif.* 1998; 24(6):887-90.
35. Molina S, Borkovec TD. The Penn state worry questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. In Davey GCL, Tallis F, editors. *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment.* Chichester: Wiley; 1994. p. 265-83.
36. Dehshiri, GHR, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. Psychometrics particularity of farsi version of Pennsylvania state worry questionnaire for college students. *J Clin Psychol.* 2010; 1(4):67-75. [Persian]
37. Rachman SJ, Hodgson RS. *Obsessions and compulsions.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.
38. Aliluo M, Byrami M, Hashemi NusratAbad T, Bakhshipour Roodsari A. Memory and memory confidence in obsessive-compulsive disorder and obsessive compulsive personality disorder. *New psychological research.* 2007; 6:133-45. [Persian]

39. Dadfar M. Comorbidity of personality disorders in patients with obsessive compulsive and compared them with normal subjects. [dissertation]. [Iran]: Tehran University, Tehran Psychiatric Institute; 1997. 215p. [Persian]
40. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). New self-rating scale. *Br J Psychiatry*. 2000; 176:379-86.
41. Abdi R, Birshak B, Aliluo M, Ashgharnejad-Farid AA. Interpretation bias in social phobia. *New psychological research*. 2006; 4:143-59. [Persian]
42. Cutshall C, Watson D. The phobic stimuli response scales: A new self-report measure of fear. *Behav Res Ther*. 2004; 42(10):1193-201.
43. Mohammad Khani S. Structural modeling of drug use in adolescents at risk: evaluation of direct and indirect effects of individual and social factors. *Research on Psychological Health*. 2007; 1(2):5-16. [Persian]
44. Chorpita BF. The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: An examination of structure in a large school sample. *J Abnorm Child Psychology*. 2002; 30(2):177-90.
45. Caruso JC. Reliability generalization of the NEO personality scales. *Educational and Psychological Measurement*. 2000; 60(2):236-54.
46. Becker G. NEO-FFI scores in college men and women: A view from McDonald's unified treatment of test theory. *J Pers Disord*. 2006; 40(6):911-41.
47. Clark DA, Steer RA, Beck AT. Common and specific dimensions of self reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite models. *J Abnorm Psychol*. 1994; 103(4):645-54.
48. Watson D, Clark LA, Carey G. Positive and negative affectivity and their relation to the anxiety and depressive disorders. *J Pers Disord*. 1988; 97(3):346-53.
49. Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *J Abnorm Psychol*. 1994; 103(1):103-16.
50. Krueger RF. The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56:921-26.
51. Krueger RF, McGue M, Iacono WG. The higher-order structure of common DSM mental disorders: Internalization, externalization, and their connection to personality. *Perss Individ Dif*. 2001; 30(7):1245-59.
52. Bakhshipour Roodsari A, Dejkam M, Mehryar AH, Birashk B. Structural relationships between dimensions of DSM-IV anxiety and depressive disorders and dimensions of tripartite model. *J Psychiatry Clin Psychol*. 2004; 9(4):63-76. [Persian]
53. Brown TB. Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and dsm-iv anxiety and mood disorder constructs. *J Abnorm Psychol*. 2007; 116(2): 313-28.
54. Trull TJ, Sher KJ. Relationship between the five-factor model of personality and axis I disorders in a nonclinical sample. *J Pers Disord*. 1994; 103(2):350-60.
55. Krochmalik A, Menzies RG. Obsessive-compulsive disorder, theory, research and treatment. New York: John Wiley & sons; 2003.
56. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*. 1989; 19(2):67-73.
57. Steketee G. Personality traits and disorders in obsessive-compulsives. *J Anx Dis*. 1990; 4(4):351-64.
58. Naragon-Gainey K, Watson D, Markon KE. Differential relations of depression and social anxiety symptoms to the facets of extraversion/positive emotionality. *J Abnorm Psychol*. 2009; 118(2):299-310.
59. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*. 1989; 19(2):67-73
60. Tackett JL, Quilty LC, Sellbom M, Rector NA, Bagby RM. Additional evidence for a quantitative hierarchical model of mood and anxiety disorders for DSM-V: The context of personality structure. *J Abnorm Psychol*. 2008; 337:923-32.

Original Article

Structural Associations of NEO Personality Dimensions With Symptoms of Anxiety and Depressive Disorders

Abstract

Objectives: The aim of this study was to determine common and specific factors of anxiety and depressive disorders based on the NEO personality dimensions. **Method:** Four hundred and thirteen students of Tabriz University (200 males, 213 females) selected by cluster sampling responded to the following questionnaires: NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Anxiety Sensitivity Index (ASI), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI), Social Phobia Inventory (SPIN), and Phobic Stimuli Response Scales (PSRS). The data were analysed using the confirmatory factor analysis and structural equation modeling. **Results:** The findings suggest a better fitness of the five-factor structure for anxiety and depressive disorders compared with the six-factor structure. The findings support the validity of only three NEO personality factors. Of various structural models evaluated, the best fitting pertained to the structure in which higher-order dimensions of neuroticism, extraversion and conscientiousness significantly predicted anxiety and depressive disorders. **Conclusion:** Neuroticism is a common factor between anxiety and depressive disorders, extraversion is specific to depression, and social phobia and conscientiousness are specific factors for obsessive-compulsive disorder.

Key words: NEO personality dimensions; personality; anxiety disorders; depression; structural equation modeling

[Received: 28 July 2011; Accepted: 8 January 2012]

Asgar Vossoughi*, **Abbas Bakhshipour Roodsari**^a, **Touraj Hashemi**^a, **Siamak Fathollahi**^a

* Corresponding author: Tabriz University, Tabriz, Iran, IR.

Fax: +98411-4476899

E-mail: asgharvossoughi@yahoo.com

^a Tabriz University, Tabriz, Iran.

244
244