

# رابطه فرآیندهای خودنظم‌بخش با شدت علائم اختلال شخصیت وسواسی - جبری: نقش واسطه‌ای وجدان‌گرایی

## The Relationship between Self-Regulation Processes and Symptom Severity of Obsessive- Compulsive Personality Disorder: The Mediating Role of Conscientiousness

Maryam Karimpour, MSc  
 Mohammad-Naghi Farahani, PhD  
 Hamid Khanipour, PhD

مریم کریم‌پور<sup>۱</sup>  
 محمدنقی فراهانی<sup>۱</sup>  
 حمید خانی‌پور<sup>۲</sup>

### Abstract

This study was aimed to investigate the relationship between self-regulation processes, conscientiousness and symptom severity of obsessive-compulsive personality disorder (OCPD). 210 Iranian students of Tehran province universities (147 women and 63 men) were selected by convenient sampling and completed following scales: Mindful Attention Awareness Scale, Revised Obsessive-Compulsive Personality Disorder Questionnaire, Integrative Self-Knowledge Scale, Brief Self-Control Scale and 10 questions of conscientiousness from Goldberg Big 5 Personality Scale. The path analysis method showed the mediating role of conscientiousness in relationship between mindfulness and self-control with symptom severity of OCPD. Mindfulness was directly related to symptom severity of OCPD and conscientiousness played the mediator role between mindfulness and self-control with symptom severity of OCPD. It can be concluded that mindfulness may have a role in determining the severity of OCPD symptoms and the relationship between self-control and OCPD symptoms is due to conscientiousness.

**Keywords:** Obsessive-Compulsive Personality Disorder, Mindfulness, Integrative self-knowledge, Self-control, Conscientiousness

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه وجدان‌گرایی، فرآیندهای خودنظم‌بخش و شدت علائم اختلال شخصیت وسواسی- جبری بود. تعداد ۲۱۰ نفر از دانشجویان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به مقیاس‌های رگه بهوشیاری، پرسشنامه‌سنجش اختلال شخصیت وسواسی- جبری، مقیاس خودشناسی انسجامی، فرم کوتاه مقیاس خودمهارگری و ۱۰ آیتم وجدان‌گرایی پرسشنامه‌ی شخصیت گلدبرگ پاسخ دادند. با استفاده از روش تحلیل مسیر، نقش واسطه‌ای وجدان‌گرایی در ارتباط میان بهوشیاری و خودمهارگری با شدت علائم اختلال شخصیت وسواسی- جبری تأیید شد. بهوشیاری هم به صورت مستقیم و هم غیرمستقیم از طریق وجدان‌گرایی با شدت علائم اختلال شخصیت وسواسی- اجباری رابطه داشت و رابطه بین خودمهارگری و علائم شخصیت وسواسی- اجباری به صورت کامل با واسطه‌گری وجدان‌گرایی برقرار بود. به نظر می‌رسد بهوشیاری می‌تواند مکانیسمی تعیین‌کننده در تجربه علائم شخصیت وسواسی- اجباری باشد و دلیل ارتباط خودمهارگری بالا با علائم شخصیت وسواسی جبری، ناشی از تأثیر صفت وجدان‌گرایی باشد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال شخصیت وسواسی- جبری، بهوشیاری، خودشناسی انسجامی، خودمهارگری، وجدان‌گرایی

□ Department of Psychology, Faculty of psychology and educational science, Kharazmi University, Tehran, Iran.

✉ Email: karimpour.marya@gmail.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۲/۳ تصویب نهایی: ۱۳۹۹/۸/۳۰

۱. گروه روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران  
 ۲. گروه مطالعات روانشناختی، مؤسسه تحقیقات تربیتی، روانشناختی و اجتماعی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

## ● مقدمه

اختلال شخصیت وسواسی - جبری بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، اختلالی است که به صورت الگوی نافذی از اشتغال ذهنی با نظم و ترتیب، کمال‌طلبی و کنترل ذهنی و بین فردی به بهای از دست دادن انعطاف‌پذیری، سعه‌ی صدر و کارآیی تعریف می‌شود. اختلال شخصیت وسواسی - جبری یکی از شایع‌ترین اختلالات در نمونه‌های عادی و بالینی است و بالاترین نرخ شیوع اختلالات شخصیت را (۷/۸۸ درصد) در بیماران سرپایی به خود اختصاص می‌دهد (گرنٹ و همکاران، ۲۰۰۴). این اختلال، با بسیاری از اختلالات روانپزشکی، به‌ویژه آن دسته که با رفتارهای اجبارگونه مشخص می‌شوند، از قبیل اختلال وسواسی - اجباری (پیتو، مانکبو، ایسن، پاگانو، راسموسن، ۲۰۰۶؛ کولز، پیتو، مانکبو، راسموسن، ایسن، ۲۰۰۸)، اختلال بدریخت‌انگاری بدن (Body Dysmorphic Disorder) (وییل، بوکوک، گورنی، درایدن، شاه، ویلسون و همکاران، ۱۹۹۶؛ فیلیپس، مک‌ال‌روی، ۲۰۰۰) و اختلالات خوردن (نیلسون، گیلبرگ، گیلبرگ، رستام، ۱۹۹۹؛ کارواتز، تروپ، راب-هسکت، کولیر، تریژر، ۲۰۰۳) همراه است. این اختلال با هشت ملاک شخصیتی تشخیص داده می‌شود: دل‌مشغولی با جزئیات، کمال‌گرایی، خود را به شدت وقف کار کردن (کار محوری)، وجدان بسیار بالا، ناتوانی در دور ریختن اشیای بی‌ارزش، ناتوانی در محول کردن کارها به دیگران، خست و انعطاف ناپذیری. بر اساس این ملاک‌ها به نظر می‌رسد در زیربنای این نشانه‌ها دو دسته از فرایندها شامل فرایندهای خودنظم‌بخشی (Self-regulation) و صفات شخصیتی مانند وجدان‌گرایی و روان رنجورخویی نقش دارند (مک‌گویر، سمال، لوین، مورفی، دِ نادای، فارس، گفکن و استروک، ۲۰۱۳؛ مایک، کینگ، التمانس و جکسون، ۲۰۱۸). مطالعات مختلف حاکی از آن است که فرایندهای خودنظم‌بخش در تعامل با برخی صفات عام شخصیت در پدیدایی علائم اختلال شخصیت وسواسی - اجباری نقش دارد (مایک، کینگ، التمانس و جکسون، ۲۰۱۸) و درمان‌های متمرکز بر این فرایندهای خودنظم‌بخش در کاهش شدت علائم این اختلال اثرگذار گزارش شده است (چلی، مک‌بثریال پولو، دیمایو، ۲۰۲۰).

فرایندهای خودنظم‌بخش شامل سه فرآیند روانشناختی اصلی است: آگاهی از تجربه خود جاری (بهوشیاری) (mindfulness)، خودشناسی پایا که منعکس‌کننده عملکرد

استانداردهای درونی است (خودشناسی انسجامی) (integrative self-knowledge) و توانایی خود برای کنترل خویش به صورت فعال و پویا (خودمهارگری) (قربانی، کانینگهام و واتسون، ۲۰۱۰).

بهبوشیاری به صورت توجه و آگاهی پذیرا و بدون قضاوت به تجربه و رویداد کنونی تعریف می‌شود (براون، رایان و کرسول، ۲۰۰۷). بهبودیاری آگاهی روشن شخص است به آنچه در درون و در تعامل با محیط بیرون، در لحظات متوالی ادراک رخ می‌دهد. یکی از معیارهای اساسی سلامت روان در تمام نظریه‌های روانشناختی، ادراک درست از واقعیت است که منجر به سازش‌یافتگی می‌گردد (لری، ۲۰۰۴). بهبودیاری با اضطراب و افسردگی ارتباط معکوس و با احساس رضایت از زندگی، شکوفایی بیشتر استعدادها و عواطف مثبت ارتباط مستقیم دارد. پژوهش‌ها تأثیرات مثبت پرورش بهبودیاری بر سلامت جسمانی را نیز نشان داده‌اند، از آن جمله می‌توان به این موارد اشاره کرد: کاهش علائم جسمانی بیماری و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان یا ایدز، کاهش فشار خون دیاستولیک، بهبود زخم‌های پوستی، درد مزمن و واکنش بهتر سیستم ایمنی به واکسن آنفولانزا (براون و همکاران، ۲۰۰۷؛ براون و رایان، ۲۰۰۳؛ کشمیری، فتحی آشتیانی و جلالی، ۱۳۹۸). در زمینه‌ی ارتباط بهبودیاری و سواس نتایج پژوهش‌های انجام شده عبارتند از: همبستگی منفی بهبودیاری در مقایسه با سرکوبگری با وقوع افکار مزاحم و اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری (مارکس و وودز، ۲۰۰۵)، کاهش اضطراب و نیاز به ختنه‌سازی که نقش اصلی را در چرخه‌ی خود-دائمی‌سازی وسواس برعهده دارد (واهل و همکاران، ۲۰۱۳)، کاهش علائم وسواس و خطاهای فراشناختی در اثر مداخلات گروهی مبتنی بر بهبودیاری (هنستد و همکاران، ۲۰۰۸؛ فرانکو و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از بیکس، ۲۰۱۵). یافته‌ها به صورت کلی از رابطه بهبودیاری با کاهش شدت علائم اختلال‌های روانی در کل و اختلال شخصیت وسواسی جبری حمایت می‌کند.

یکی دیگر از ابعاد فرآیندهای خودنظم‌بخش، خودشناسی انسجامی است. خودشناسی یک فرآیند روان‌شناسی سازش‌یافته، پویایی و انسجامی است که به صورت زمان‌مند عمل می‌کند. براساس این مفروضه خودشناسی از دو وجه تجربه‌ای و تأملی تشکیل شده است (قربانی، واتسون، بینگ، دیویسون و لی‌برتون، ۲۰۰۳). خودشناسی تجربه‌ای، پردازش خبری

پذیرا و بهوشیار در خصوص خود و تغییرات لحظه‌به‌لحظه است و خودشناسی تأملی تحلیل تجربه‌ی خود از طریق کارکردهای عالی‌تر و غنی‌تر است. در جمع دو وجه خودشناسی، دیالکتیک تجربه و تأمل است و آنچه مدل خودشناسی را در عالی‌ترین سطح از پردازش قرار می‌دهد، انسجام آگاهی و توجه به تجربه و تأمل در خود است. آنچه بر خودشناسی انسجامی دلالت می‌کند توجه، آگاهی، تحمل پردازش تجربه‌ی کنونی و گره زدن به تجارب گذشته و معنا کردن آن‌ها در سایه‌ی یک نظرگاه جدید است (قربانی، واتسون و هارگیس، ۲۰۰۸). در پژوهش‌های صورت گرفته نشان داده شد که میان خودشناسی انسجامی و سلامت روانی (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳؛ موسوی و قربانی، ۲۰۰۶؛ بهجتی و همکاران، ۲۰۱۱)، ثبات هیجانی (طهماسب و همکاران، ۲۰۱۰) و سرزندگی ذهنی (قربانی و همکاران، ۲۰۰۹؛ قربانی و همکاران، ۲۰۱۰) همبستگی مثبت وجود داشته و در مقابل میان خودشناسی انسجامی و استرس ادراک شده (قربانی و همکاران، ۲۰۰۹؛ قربانی و همکاران، ۲۰۱۰)، نشانه‌های اضطراب و افسردگی (قربانی و همکاران، ۲۰۰۹؛ بهجتی و همکاران، ۲۰۱۱)، نشانه‌های جسمانی (قربانی و همکاران، ۲۰۱۰) و نشخوار ذهنی و تفکر وسواس‌گونه (قربانی و واتسون، ۲۰۰۶) همبستگی منفی وجود دارد. بررسی تأثیر همزمان این سازه با سازه‌های بهوشیاری نیز نشان‌دهنده اعتبار افزایشی خودشناسی انسجامی نسبت به بهوشیاری در پیش‌بینی نشانه‌های جسمی و روانی است (قربانی و همکاران، ۲۰۱۰، سرافراز، بهرامی احسان و زرنندی، ۱۳۹۰؛ به نقل از غریبی، ۱۳۹۴). نداشتن رابطه معنادار بین خودشناسی انسجامی و خودنظارتی، و خودهشیاری عمومی نیز نشانگر تمایز این سازه با دیگر ساختارهای خودشناختی غیرسازش‌یافته است (قربانی و واتسون، ۲۰۰۶).

خودمهارگری فرآیندی است که افراد از طریق آن تمایلات‌شان را مدیریت می‌کنند و افکار، احساسات، تکانه‌ها و عملکردشان را در مسیر اهداف و رفتارهای استاندارد، کنترل و حفظ می‌کنند. در واقع خودمهارگری از طریق ایجاد تناسب بهینه بین خود و محیط منجر به تغییر و سازگاری می‌شود و عنصر اساسی خودنظم‌دهی است (بامیستر، گالیپوت، د وال و اوتن، ۲۰۰۶). مشکل در خودمهارگری ویژگی بسیاری از اختلالات روانپزشکی است. برخی پژوهشگران معتقدند مشکلات روانی هم می‌توانند از کنترل کم یا زیاد ناشی شوند. نقص خودمهارگری در «اختلالات کنترل تکانه» واضح است، از سوی دیگر برخی

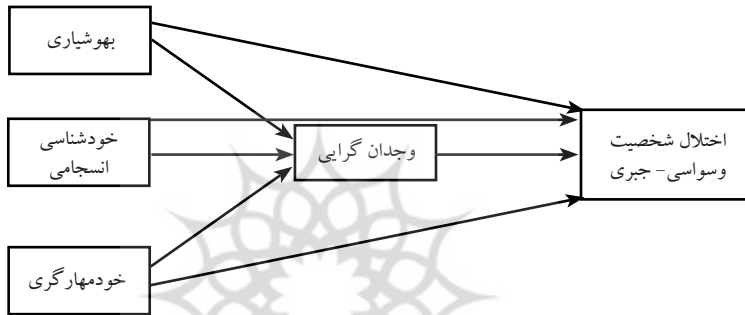
از مشکلات روان‌شناختی‌ای ناشی از خود مهارگری زیاد است مانند اختلال وسواس فکری - عملی و بی‌اشتهایی عصبی (تنگنی و همکاران، ۲۰۰۴). نتایج تحقیقات مختلف مرتبط با خودمهارگری همسو و همخوان نیستند و برخی نتایج بیانگر رابطه‌ی خطی خودمهارگری با متغیرهای سلامت هستند و برخی به رابطه‌ی غیرخطی اشاره دارند، به این ترتیب که خودمهارگری در سطح خیلی بالا یا خیلی پایین آسیب‌زا بوده و پیش‌بینی‌کننده‌ی مسائل و اختلالات روان‌شناختی از جمله وسواس، اضطراب و عدم مدیریت خشم است، درحالی‌که برخی نتایج نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی مثبت بین خودمهارگری بالا و عملکرد و سازش‌یافتگی است. (قربانی و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهش‌های بسیار اندکی در زمینه‌ی کیفیت خودمهارگری در افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی - اجباری صورت گرفته و نتایج این پژوهش‌ها نیز ناهمخوان است. برای مثال پینتو، استینگلس، گرین، وبر و سیمپسون (۲۰۱۴) نشان دادند که خودمهارگری در این افراد بسیار بالاست و توانایی به تأخیر انداختن ارضا و دریافت پاداش را دارند. پژوهش بر روی افراد با اختلال شخصیت وسواسی - اجباری حاکی از ناتوانی آن‌ها در بازداری رفتارهای تکانشی پرخاشگرانه است (ویلمارت - پیت‌من، استنفورد، گرو، هوستون و ماتیاس، ۲۰۱۴).

وجدان‌گرایی یکی دیگر از فرایندهایی است که به نظر می‌رسد در بنیان علت‌شناسی اختلال شخصیت وسواسی جبری نقش دارد. وجدان‌گرایی میزان سازمان‌دهی، تداوم، کنترل و انگیزش را در رفتار هدف‌گرا می‌سنجد. افرادی که در این عامل نمره‌ی بالایی کسب می‌کنند تمایل دارند تا سازمان‌یافته، قابل‌اعتماد، سخت‌کوش، خودگردان، وقت‌شناس، دقیق، جاه‌طلب و باپشتکار باشند؛ درحالی‌که افرادی که در این عامل نمره‌ی پایینی می‌گیرند بی‌هدف، غیرقابل‌اطمینان، تنبل، بی‌دقت، اهمال‌کار و لذت‌گرا هستند (کاستا و ویدیجر، ۲۰۰۲). براساس الگوی ابعادی، اختلال‌های شخصیت را می‌توان به عنوان کرانه‌های بالا و پایین صفات شخصیتی به‌نچار در نظر گرفت. درواقع، اختلال‌های شخصیت کرانه‌های تغییر یافته‌ی ویژگی‌های شخصیتی عادی هستند (فراهانی، هاشمی‌رزینی و بابایی‌فرد، ۱۳۹۴، گل و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهشی نشان داده شد که نموده‌های صفات پنج‌عامل شخصیت دربرگیرنده‌ی هسته‌های اصلی اختلالات شخصیت هستند (لزنوگر، ویلت، ۲۰۰۱؛ به نقل از فراهانی و همکاران، ۱۳۹۴). در همین راستا، پیشینه‌ی مربوط به اختلال شخصیت وسواسی -

جبری، پژوهش‌های بسیاری را شامل می‌شود که به نقش پیش‌بینی‌کنندگی عوامل شخصیت در این اختلال پرداخته‌اند. پژوهش‌های مختلف حاکی از بالا بودن عوامل برون‌گرایی، توافق‌پذیری، تجربه‌پذیری و وجدان‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری و اختلال وسواسی-جبری هستند (رکتور، هود، ریچتر و باگی، ۲۰۰۲؛ تاکت، گیلتی، سلبوم، رکتور و باگی، ۲۰۰۸؛ فرست، استکتی، کوهن و گریس، ۱۹۹۴، رکتور، ریچتر و باگی، ۲۰۰۵؛ ساموئل و ویدیجر، ۲۰۱۱). مرور پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که در زمینه ارتباط بهوشیاری و عوامل شخصیت، مطالعات معدود و پراکنده‌ای انجام شده است. ملکی، مظاهری، ذبیح‌زاده، آزادی و ملک‌زاده (۱۳۹۳) در پژوهشی نقش پنج عامل بزرگ شخصیت با بهوشیاری را بررسی کردند، نتایج پژوهش‌شان حاکی از رابطه مثبت بهوشیاری با عوامل برون‌گرایی، گشودگی و وجدان‌گرایی و همچنین رابطه منفی بهوشیاری با روان‌رنجورخویی بود و میان بهوشیاری و عامل توافق‌پذیری نیز رابطه‌ای به دست نیامد. همچنین نشان دادند که متغیرهای روان‌رنجورخویی، گشودگی، برون‌گرایی و وجدان‌گرایی پیش‌بین مناسبی از توانایی بهوشیاری افراد هستند. نتایج این پژوهش همسو با پژوهش‌های سجادی و موسوی‌نسب، (۱۳۹۳)؛ بنی‌سعدی، جوان‌مرد، زیوری رحمان، شکوهی مقدم و ادهمی (۲۰۱۵) و ساتین، استفان و تراچیانو (۲۰۱۷) بود. همچنین نتایج حاصل از فراتحلیل گیلوک (۲۰۰۹) بر روی ۲۹ مطالعه انجام شده در این زمینه، حاکی از ارتباط قوی میان روان‌رنجورخویی و وجدان‌گرایی با بهوشیاری بود. نتایج پژوهش طهماسب و همکاران (۱۳۸۵) حاکی از رابطه مثبت میان خودشناسی انسجامی و تمامی عامل‌های شخصیت به جز برون‌گرایی بود، بدین معنا که افرادی که در مقیاس خودشناسی انسجامی نمره بالاتری کسب می‌کنند، همسازتر، وظیفه‌شناس‌تر، دارای ثبات هیجانی بیشتر و روشنفکرترند. تنگنی و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که میان وجدان‌گرایی و خودمهارگری رابطه‌ی مثبت وجود دارد.

براساس آنچه گفته شد به نظر می‌رسد در افراد با اختلال شخصیت وسواسی-اجباری به دلیل تجربه تعارض‌های ارتباطی تحول‌سازگارانۀ فرایندهای خودنظم‌بخش شامل خودشناسی انسجامی و بهوشیاری و خودمهارگری دچار وقفه یا کژکاری شده است و از سوی دیگر فرضیه دیگر پژوهش این است که صفت شخصیتی وجدان‌گرایی نیز عاملی است که می‌تواند با این فرایندهای خودنظم‌بخش تعامل کند و به صورت یک عامل شخصیتی

اختصاصی علائم اختلال شخصیت و سواسی جبری را پیش بینی کند. مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ نمایش داده شده است و هدف پژوهش حاضر بررسی فرضیه های مرتبط با این مدل است. فرض نخست این بود که بهوشیاری با شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی- اجباری ارتباط منفی دارد. فرضیه دوم بیانگر ارتباط منفی خودشناسی انسجامی با شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی- اجباری است. فرضیه سوم نشانگر رابطه مثبت خودمهارگری با شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی- اجباری است و فرضیه چهارم بیانگر نقش وجدان‌گرایی در ارتباط میان فرآیندهای خودنظم‌بخش و علائم اختلال شخصیت و سواسی- اجباری به شکل یک عامل واسطه‌ای بود.



شکل ۱. مدل مفهومی پیش بینی شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی- جبری براساس فرآیندها خودنظم‌بخش با واسطه‌گری وجدان‌گرایی

## روش

پژوهش حاضر از زمره پژوهش‌های بنیادی، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان محصل در یکی از مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای سال تحصیلی ۹۶-۹۷ در دانشگاه‌های شهر تهران بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از آن‌ها در محیط‌های دانشگاهی و کتابخانه‌های عمومی خواسته شد تا در پژوهش شرکت کنند و آن‌ها به صورت فردی به سؤالات پاسخ دادند. ابزار پژوهش به صورت یک دفترچه همراه با پاسخ‌نامه در گروه‌های کلاسی و به صورت فردی در اختیار دانشجویان قرار می‌گرفت. توضیح مربوط به هر مقیاس در ابتدای آن چاپ شده بود، بنابراین برای همه شرکت‌کنندگان یکسان بود. ملاک‌های ورود و خروج از نمونه عبارتند از: دانشجوی بودن در سال تحصیلی ۹۶-۹۷، بازه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، عدم سابقه بیماری روانی در زمان انجام پژوهش و قبل از آن و دانشجوی غیر روانشناسی بودن. حجم نمونه بر اساس نسبت

۵ سؤال به یک آیتم در پرسشنامه در ابتدا تعیین شد ولی در نهایت تعداد ۲۱۰ نفر انتخاب گردید که از این میان ۱۴۷ نفر (۷۰ درصد) از شرکت‌کنندگان خانم و ۶۳ نفر (۳۰ درصد) آقا بودند.

## ● ابزار

□ الف: پرسشنامه تجدیدنظر شده سنجش اختلال شخصیت وسواسی - اجباری (Obsessive-Compulsive Personality Questioner-revised): این پرسشنامه

توسط مارتوکوویچ (Martukovich) (۲۰۰۴) ساخته شده و دارای ۸۰ گزاره است که ۸ ملاک جزئی‌نگری، کمال‌گرایی، کار محوری، اصول اخلاقی انعطاف‌ناپذیر، احتکار، بی‌میلی در واگذار کردن کارها، حساسیت و لجاجت و سرسختی را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای پاسخ صحیح و غلط است. در پژوهش مارتوکوویچ (۲۰۰۴) این پرسشنامه، سطح بالایی از پایایی و با آلفای کرونباخ (۰/۸۲) به دست آمد همچنین ضریب پایایی این پرسشنامه پس از اجرا بر روی یک نمونه مقدماتی ایرانی، ۰/۸۹ به دست آمد که نشانه پایایی خوب آن است (منتظری و همکاران، ۱۳۹۲). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش مارتوکوویچ نمره ۴۰/۰۱ به عنوان نمره برش به دست آمده و در پژوهش حاضر میانگین نمره شدت علائم اختلال شخصیت وسواسی - اجباری ۵۴/۶۲ به دست آمد.

□ ب: مقیاس خودشناسی انسجامی (Integrative Self-Knowledge Scale):

این مقیاس که توسط قربانی و همکاران (۲۰۰۸) ساخته شده، ۱۲ گزاره دارد که بر اساس مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای از «عمدتاً نادرست» تا «عمدتاً درست» پاسخ داده می‌شود. اعتبار و پایایی این مقیاس طی چندین مطالعه، به تأیید رسیده است (قربانی، ۱۳۹۳؛ قربانی و همکاران، ۲۰۰۳). گفتنی است در نمره‌گذاری این مقیاس، ۹ مورد معکوس وجود دارد. میانگین ضرایب آلفای این مقیاس در مطالعات مذکور، ۰/۸ بوده است (قربانی و همکاران، ۲۰۰۸؛ قربانی و همکاران، ۲۰۰۳). آلفای کرنباخ این ابزار در پژوهش حاضر، ۰/۸۱ بود.

□ ج: مقیاس بهوشیاری رگه (Mindful Attention Awareness Scale): مقیاسی

۱۵ گزاره‌ای که توسط براون و رایان (۲۰۰۳) ساخته شده است. افراد پاسخ خود را به هر عبارت با استفاده از مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از «تقریباً هیچ‌وقت» تا «تقریباً همیشه» (با نمره ۶) درجه‌بندی می‌کنند. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بهوشیاری یا خودآگاهی



بالا است. آلفای کرونباخ این مقیاس با اجرا بر روی ۷ نمونه بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (براون و رایان، ۲۰۰۳). روایی این مقیاس نیز در حد بالایی گزارش شده به طوری که همبستگی‌های بسیار بالایی را با تعدادی از متغیرهای سلامت روان دارد (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳). این مقیاس در جامعه ایران اجرا شده و آلفای آن ۰/۸۲ است و با متغیرهای مربوط از جمله خودشناسی و سلامت روان، در نمونه‌های مختلف ارتباط نشان داده است (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳).

□ د: نسخه کوتاه مقیاس خودمهارگری (Brief Self-Control Scale): این مقیاس که توسط تنگنی و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده، ۱۳ گزاره دارد که بر اساس مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای از «اصلاً» تا «بسیار زیاد» پاسخ داده می‌شود و در نمره‌گذاری آن ۹ مورد معکوس وجود دارد. آلفای کرونباخ این مقیاس در دو مطالعه مذکور، به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۵ گزارش شده است (تنگنی و همکاران، ۲۰۰۴).

□ ه: مقیاس شخصیت گلدبرگ (Goldberg Big Five Personality Scale): این پرسشنامه، از ۵۰ عبارت تک قطبی تشکیل شده و مجموعاً به هر عامل، ۱۰ گزاره اختصاص یافته است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (از الف، عمدتاً نادرست تا ه، عمدتاً درست) مورد سنجش قرار می‌گیرد. در این پژوهش صرفاً از ۱۰ عامل وجدان‌گرایی این مقیاس استفاده شد که در نمره‌گذاری آن ۴ مورد معکوس وجود دارد و پایایی آن در پژوهش‌های گلدبرگ (۱۹۹۹) ۰/۷۹ بوده است (طهماسب و همکاران، ۱۳۸۵).

#### ● یافته‌ها

از میان نمونه‌ی ۲۱۰ نفری، ۱۴۷ نفر (۷۰ درصد) از شرکت‌کنندگان خانم و ۶۳ نفر (۳۰ درصد) آقا بودند. میانگین سنی نمونه پژوهش ۲۹/۳۹ سال و انحراف استاندارد آن ۶/۵۹ واحد بود. بیشترین سن شرکت‌کنندگان ۴۷ سال و کمترین، ۱۸ سال بود. از میان کل شرکت‌کنندگان ۸۱ نفر (۳۸/۶ درصد) در رشته‌های فنی و مهندسی، ۲۹ نفر (۱۳/۸ درصد) در رشته‌های علوم پایه، ۹۰ نفر (۴۲/۹ درصد) در رشته‌های علوم انسانی و ۶ نفر (۲/۹ درصد) در رشته‌ی زبان و ۴ نفر (۱/۹ درصد) در رشته هنر تحصیل می‌کردند.

میانگین، انحراف استاندارد و آلفای کرونباخ متغیرها در جدول ۱ و ماتریس همبستگی

متغیرهای پژوهشی در جدول ۲ جهت خلاصه و جمع‌بندی داده‌ها آمده است. روش تحلیل آماری مورد استفاده جهت بررسی فرضیه‌ها ماتریس همبستگی بود. همچنین برای بررسی برازش مدل پیشنهادی و چگونگی روابط متغیرها از روش تحلیل مسیر استفاده شد.

جدول ۱. شاخص‌های مرکزی و آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
بهبودشناسی انسجمی	۷۰/۴۲	۸/۵۹	۰/۸۱
بهبوشیاری	۰۸/۵۸	۱۳/۲۳	۰/۸۴
نمود مهارگری	۴۲/۲۸	۶/۷۸	۰/۶۴
وجدان‌گرایی	۳۶/۰۸	۷/۵۹	۰/۸۱
شدت علائم	۵۴/۶۵	۱۱/۹۶	۰/۹۱
بازنگری	۸/۱۴	۱/۹۰	۰/۶۴
کمال‌گرایی	۷/۷۶	۱/۷	۰/۵۷
کارمجموری	۶/۷۰	۲/۲۲	۰/۶۶
اصول اخلاقی نامتعطف	۸/۸۸	۱/۵۰	۰/۶۱
اختیار	۴/۶۴	۲/۷۳	۰/۷۷
نا توانی در واگذاری امور	۶/۳۸	۲/۶۶	۰/۷۸
خساست	۵/۷۴	۲/۲۹	۰/۶۶
بهره‌وری	۶/۳۹	۲/۰۸	۰/۶۲

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

بهبودشناسی انسجمی	بهبوشیاری	شدت علائم	وجدان‌گرایی	خودشناسی انسجمی	خودمهارگری
۱					
۰/۲۸۴**	۱				
۰/۴۵۳**	۰/۱۷۲*	۱			
۰/۵۷۸**	۰/۱۱۷*	۰/۴۴۱**	۱		
۰/۳۶۸**	۰/۱۷۷*	۰/۵۷۸**	۰/۴۲۱**	۱	

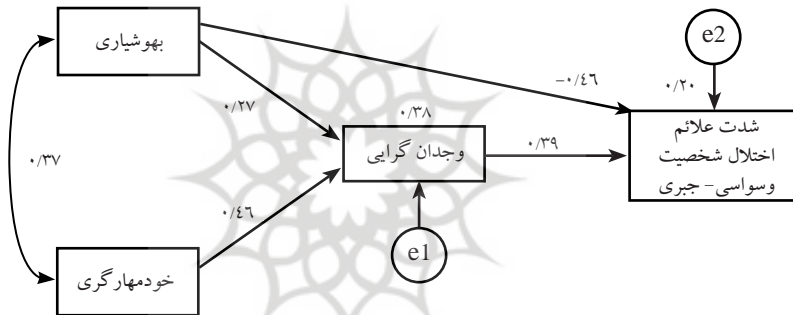
\* P < 0/05, \*\* P < 0/01

میانگین نمره شدت علائم اختلال شخصیت وسواسی-جبری در نمونه حاضر ۵۴/۶۲ بود. برای بررسی وضعیت نمونه از منظر آسیب‌شناختی، به مقایسه‌ی نمره میانگین با نمره برش پرسشنامه علائم شخصیت وسواسی-جبری مارکوویچ (۴۰/۰۱ = نمره برش) پرداخته شد و مشخص شد میانگین شدت علائم اختلال شخصیت وسواسی-جبری از نمره برش بیشتر و تا حدودی بیمارگون است ( $t=17/73, P<0.01$ ). به منظور بررسی نقش واسطه‌ای وجدان‌گرایی در ارتباط میان هر یک از سه متغیر خودشناسی انسجمی، بهبودشناسی و خودمهارگری با شدت علائم اختلال شخصیت وسواسی-جبری، از روش تحلیل مسیر استفاده شد. برای طراحی مدل و بررسی شاخص‌های برازش از نرم‌افزار آموس استفاده شد. برای تحلیل مدل و وضعیت برازش مدل ابتدا شرط لازم برای برازش یعنی شناسایی مدل مورد بررسی قرار گرفت. بررسی شناسایی مدل نشان می‌دهد که تعداد متغیرهای

مشاهده شده با پارامترها برابری می‌کند و در نتیجه درجه آزادی برابر صفر می‌شود. این بدان معناست که مدل در وضعیت مرزی قرار دارد. در چنین مواردی باید یکی از مسیرهایی که تصور می‌شود بیشترین همبستگی و اثر را با هم دارند با انتخاب مقادیر ۱ یا -۱ محدود شود. بر همین اساس مسیر بهوشیاری به شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی-اجباری را با مقدار -۱ محدود گردید، سپس مدل مورد بررسی قرار گرفت. شاخص‌های مدل به صورت کلی نشان می‌دهد مدل تا اندازه‌ای با داده‌ها برازش دارد اما وضعیت شاخص‌های برازش مطلوب نیست.

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل پیش‌بینی شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی-جبری

شاخص	X <sup>2</sup> /df	RMSEA	CFI	NFI	RFI	IFI	GFI	AGFI
مقدار	۶۱/۴۴	۰/۵۳	۰/۷۸	۰/۷۹	۱	۱	۰/۹۰۸	-۰/۳۸۷



شکل ۲. مدل اصلاح شده رابطه فرآیندهای خودنظم‌بخش و وجدان‌گرایی با شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی-اجباری

برخی از شاخص‌ها در وضعیت خوبی هستند اما برای بهتر کردن مدل، به بررسی اصلاح مدل پرداخته شد و مسیری که برای بهینه شدن مدل پیشنهاد داده شده بود، حذف گردید و شاخص‌های برازش دوباره مورد بررسی قرار گرفتند. در این مرحله متغیر خودشناسی انسجامی که ضرایب مسیرهای متغیرهای وجدان‌گرایی و شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی-جبری معنی دار نبود حذف شد. همین‌طور مسیر مستقیم از خودمهارگری به شدت علائم اختلال نیز حذف شد. با اعمال این تغییرات برازش مدل دوباره بررسی شد و نتایج نشان داد که شاخص‌های برازش به میزان قابل توجهی تغییر کرده‌اند. مدل اصلاح شده با ضرایب مسیر در شکل ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده‌ی پیش‌بینی شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی - اجباری

شاخص	$X^2/df$	RMSEA	CFI	NFI	RFI	IFI	GFI	AGFI
مقدار	۶۵/۵۹	۰/۱۷۵	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۶۳	۰/۹۶	۰/۹۰۸	۰/۴۴

جدول ۵. ضرایب استاندارد مستقیم مدل پیش‌بینی شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی - اجباری

	Estimate	S.E.	C.R.	P
بهبوشیاری ← وجدان‌گرایی	۰/۲۶۹	۰/۰۱۰	۱۴/۴۵۴	***
خودمهارگری ← وجدان‌گرایی	۰/۴۶۱	۰/۰۱۹	۲۴/۷۳۹	***
وجدان‌گرایی ← شدت علائم	۰/۳۸۲	۰/۰۳۷	۱۷/۴۹۱	***
بهبوشیاری ← شدت علائم	-۰/۴۵۱	۰/۰۲۰	-۲۰/۷۳۷	***

بر طبق داده‌های به دست آمده از مدل حاضر، ۳۸ درصد از واریانس وجدان‌گرایی توسط بهبودیاری و خودمهارگری و ۲۰ درصد از واریانس اختلال شخصیت و سواسی - اجباری توسط بهبودیاری، خودمهارگری و وجدان‌گرایی تعیین شدند. در جدول ۶ ضرایب استاندارد غیرمستقیم متغیرهای خودشناسی انسجامی، بهبودیاری و خودمهارگری از طریق وجدان‌گرایی بر اختلال شخصیت و سواسی - جبری نشان داده شده است.

جدول ۶. ضرایب استاندارد مسیر غیرمستقیم مدل پیش‌بینی شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی - اجباری

بهبوشیاری	خودمهارگری	وجدان‌گرایی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
۰/۰۹۳	۰/۳۱۰	۰/۰۰۰

## ● بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی روابط بین فرآیندهای خودنظم‌بخش، وجدان‌گرایی و شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی - جبری صورت پذیرفت. براساس مدل برازش شده، فرض اول مبنی بر ارتباط منفی بهبودیاری با شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی جبری تأیید شد. این یافته با پژوهش سرافراز، بهرامی احسان و زرنندی (۱۳۸۹) مبنی بر ارتباط منفی میان بهبودیاری و مشکلات جسمانی و روانی همسو است. پژوهش فساتی، ویگورلی، مافائی و بورونی (۲۰۱۲) در زمینه ارتباط میان بهبودیاری و اختلالات شخصیت DSM IV بر روی یک نمونه بالینی نیز حاکی از نقش برجسته سطوح پایین بهبودیاری در اختلال‌های روانی اختلالات شخصیتی است. درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری از قبیل

رفتار درمانی دیالکتیک، تأثیر زیادی را در درمان اختلالات شخصیت که بسیار سخت به درمان جواب می‌دهند، نشان داده‌اند. این درمان‌ها معمولاً برخی از اجزای تمرین بهوشیاری را با هم ترکیب می‌کنند. سنگ و جانکا (۲۰۱۶) کاربردهای کنونی و مؤثر بودن بهوشیاری را در درمان اختلالات شخصیتی بررسی کردند و در پژوهش خود نشان دادند که بهوشیاری ابزاری مؤثر برای درمان اختلالات شخصیت است و برای ویژگی‌های خاص هر یک از انواع تیپ‌های شخصیتی سازگارانه است. این مسأله نشان دهنده وجود نقص در بهوشیاری در اختلالات شخصیتی است که با تقویت آن از طریق درمان‌های موج سوم می‌توان در بهبود این اختلالات پیش رفت.

هسته اصلی اختلال شخصیت وسواسی- جبری میل به کنترل، تسلط و قضاوت‌گری است اما بهوشیاری به عنوان «توجه و آگاهی هدفمند، پذیرا و بدون قضاوت به تجربه و رویداد کنونی» (کبت زین ۱۹۹۴، براون و همکاران، ۲۰۰۷) با توجه وسواس گونه مختص این اختلال متفاوت است. توجه بهوشیارانه بر خلاف توجه وسواس گونه درصدد کنترل و تغییر محیط نیست، بلکه موجب مشاهده‌ای پذیرا از اطلاعات درونی و بیرونی شده و در مواجهه با هر موقعیتی با افزایش آگاهی از نیازها و ارزش‌های درونی و انتخاب‌های ممکن، کنترلی سالم بر اعمال را فراهم می‌کند. بهوشیاری از طریق ایجاد فضایی ذهنی میان محرک و پاسخ، مانع از بروز رفتارهای خودکار شده و ارتباط آن رفتارها را با پیشایندهای شان قطع می‌کند و کنترلی منعطف فراهم می‌سازد (کشمیری، فتحی آشتیانی و جلالی، ۱۳۹۸). در ارتباط میان بهوشیاری و شدت علائم شخصیت وسواسی- جبری نقش واسطه‌ای وجدان‌گرایی به صورت نسبی بود نه کامل. در توجیه این یافته می‌توان گفت که بهوشیاری ماهیتی تجربه‌ای، ادراکی یا پیش‌تأملی در آگاهی از تجربه در حال وقوع دارد و به همین خاطر تأثیر صفات شخصیتی مانند وجدان‌گرایی و فرآیندهای شناختی در آن کمتر است و تأثیر مستقیم آن در پیش‌بینی رفتارها بیشتر است.

فرضیه دوم پژوهش حاضر درباره ارتباط مستقیم و غیرمستقیم خودشناسی انسجامی با نشانه‌های اختلال شخصیت وسواسی جبری بود که این فرضیه در مدل نهایی تأیید نشد. هر چند بین خودشناسی انسجامی و شدت علائم شخصیت وسواسی- اجباری همبستگی منفی وجود داشت و همین طور همبستگی معنی دار و مثبتی بین صفت وجدان‌گرایی و

خودشناسی انسجامی به دست آمد، اما این مسیر در مدل نهایی پیش‌بینی شدت تجربه علائم اختلال و سواسی - اجباری معنی دار نشد. این یافته تا حدودی مغایر با مطالعات پیشین است. در مطالعات پیشین مشخص شده بود بین خودشناسی انسجامی و مشکلات سلامت روان و آشفتگی‌های هیجانی رابطه دارد (قربانی و واتسون، ۲۰۰۳). البته به صورت اختصاصی نقش خودشناسی انسجامی در پیش‌بینی علائم اختلالات شخصیت بررسی نشده است و یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند نشان دهنده این امر باشد که نقص در خودشناسی مکانیسم اصلی تبیین‌کننده تجربه علائم اختلال شخصیت نیست. خودشناسی انسجامی بر اساس پژوهش‌های پیشین با افسردگی و اضطراب رابطه نشان داده است (صالح میرحسینی و همکاران، ۱۳۹۵)، اما برخلاف انتظار در این مطالعه رابطه‌ای بین این عامل و نشانه‌های اختلال شخصیت و سواسی جبری مشاهده نشد. تبیین احتمالی که می‌توان برای این وضعیت برشمرد این است که احتمال دارد آزمون و توصیفی که از خودشناسی انسجامی شده است نتوانسته مشکلات مرتبط با نظم‌بخشی را که گاهاً ممکن است ماهیت ناهشیار و رویه‌ای داشته باشد بسنجد و نیاز به بررسی مجدد این مفهوم سازی در نظریه‌های خودنظم‌بخش وجود دارد. از سوی دیگر این یافته ممکن است نشان دهنده این امر است که خودشناسی انسجامی در اختلال شخصیت و سواسی جبری آسیب‌نندیده و احتمالاً فرایند خودشناسی تجربه‌ای و به‌شیری نقش قابل توجه‌تری در پیش‌بینی علائم این اختلال دارند. یافته‌های مدل‌های روانکاوی نیز که بیان می‌کنند بینش شناختی زیاد بر خود یکی از نشانه‌های متداول این اختلال است (بارتز، کاپلان و هولاندر، ۲۰۰۵). مویدهمین دیدگاه است. بینش زیاد بر خود شباهت‌های مفهومی با خودشناسی انسجامی دارد.

سومین فرضیه پژوهش حاضر درباره رابطه خودمهارگری با علائم اختلال شخصیت و سواسی جبری بود. یافته‌ها نشان داد هم مسیر مستقیم خودمهارگری به علائم و سواسی - جبری معنی دار است و هم وجدان‌گرایی در رابطه این فرایند با شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی جبری نقش واسطه‌ای دارد. خودمهارگری در پژوهش‌های پیشین رابطه افتراقی را با اختلالات مرتبط با بیش‌کنترلی مانند اختلال و سواس فکری - عملی و اختلالات کم‌کنترل‌گری مانند اختلالات کنترل تکانه و اعتیاد نشان داده است (پیتو و همکاران، ۲۰۱۴؛ ویلمارت-پیتمن و همکاران، ۲۰۱۴). از این روی یافته‌های مطالعه حاضر در راستای این

تحقیقات نشان می‌دهد که بین خودمهارگری و نشانه‌های اختلال شخصیت و سواسی جبری ارتباط وجود دارد. با این حال یافته مربوط به نقش وجدان‌گرایی در رابطه خودمهارگری و شدت اختلال شخصیت و سواسی جبری یک یافته جدید محسوب می‌شود و نشان می‌دهد عامل ارتباط خودمهارگری با اختلال شخصیت و سواسی جبری به خاطر صفت شخصیتی وجدان‌گرایی است. اگرچه برخی از پژوهش‌ها حاکی از توانایی بالای افراد و سواسی در کنترل تکانه و تأخیر ارضا هستند و حتی یکی از ملاک‌های افتراق اختلال شخصیت و سواسی - جبری از اختلال و سواسی - اجباری را توانایی تأخیر در ارضا می‌دانند (پیتو و همکاران، ۲۰۱۴) و این ویژگی را به خصلت کمال‌گرایی این افراد نسبت می‌دهند، با این حال افراد کمال‌گرا اگرچه ممکن است گاهی خودمهارگری بالایی از خود نشان دهند اما قادر به تغییر ملاک‌ها و استانداردهای سخت‌گیرانه خود نبوده و این امر می‌تواند در خیلی از موارد اهمال‌کاری را به دنبال داشته باشد و مبین شکست و ناکامی در خودمهارگری است. با توجه به میزان همبستگی خودمهارگری با وجدان‌گرایی می‌توانیم این احتمال را مطرح کرد که منبع خودکنترلی بالایی که در افراد و سواسی مشاهده می‌شود خودمهارگری نیست، بلکه این کنترل و سواسی می‌تواند از وجدان‌گرایی زیاد این گروه ناشی شود. هر چه وجدان‌گرایی در افراد و سواسی بیشتر شود کیفیت بیمارگون آن نیز افزایش یافته و متعاقب آن خودمهارگری خصلت سازگارانه خود را از دست می‌دهد. برخی از نظریه‌پردازان حوزه‌ی خودمهارگری نیز آنچه مهارگری زیاد تلقی می‌شود را استفاده نادرست از ظرفیت مطلوب می‌دانند (تنگنی و همکاران، ۲۰۰۴) و تبیین پژوهش حاضر با نظرشان هم‌خوان است.

### ● نتیجه‌گیری

مطابق با این مدل، از میان سه فرآیند خودنظم‌بخش، بهوشیاری و خودمهارگری توانستند با واسطه‌گری وجدان‌گرایی شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی - جبری را پیش‌بینی کنند. در این مدل نقش واسطه‌ای وجدان‌گرایی برای خودمهارگری بیشتر از بهوشیاری بود و مسیر مستقیم خودمهارگری به شدت علائم اختلال شخصیت و سواسی - جبری نیز به دلیل معنادار نبودن حذف گردید. این یافته با نتایج تنگنی و همکاران (۲۰۰۴) هم‌خوان است. پژوهش آنان نشان داد که خودمهارگری به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی وجدانی عمل کردن، سازه‌ای سودمند و سازش‌یافته است و شواهدی دال بر ارتباط مشکلات روانشناختی

با خودمهارگری بالا وجود ندارد. بنابراین همان‌طور که در تبیین فرضیه سوم گفته شد، وجدان‌گرایی می‌تواند کارکرد خودمهارگری را تغییر دهد و نقصی که در خودمهارگری افراد با شخصیت وسواسی - جبری دیده می‌شود ناشی از وجدان‌گرایی بالای آن‌هاست.

درباره اهمیت یا کاربرد بالینی یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت همان‌طور که یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد صفات شخصیت نقش مهم و انکارناپذیری در پدیدآیی اختلالات روانی و شخصیتی داشته و ماهیت فرآیندهای خودتنظیمی را نیز دست‌خوش تغییر قرار می‌دهند. بر همین اساس در درمان اختلالات شخصیتی می‌بایست اصل را به پویایی‌های شخصیت و صفات زیربنایی داد و پروتکل‌های درمانی که صرفاً با هدف تقویت مکانیسم‌های خودتنظیمی و بالاختص بهوشیاری طراحی می‌شوند قادر به ایجاد تغییرات پایدار در درمان اختلالات روانی و به ویژه اختلالات شخصیتی نیستند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، در نظر نگرفتن سایر صفات مانند روان رنجورخویی را می‌توان نام برد که در اختلال شخصیت وسواسی - اجباری بالا بوده و ممکن است در مدل ارائه شده تأثیر داشته باشند. محدودیت دیگر این پژوهش استفاده از روش‌های خودگزارش‌دهی و محدود بودن نمونه به گروه دانشجویان است که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده همین فرآیندهای خودنظم‌بخش و همین‌طور همین مدل در گروه عادی و بالینی با هم مقایسه شوند تا بتوان درباره نقش این مؤلفه‌ها و مدل قضاوت دقیق‌تری داشت.

## ● منابع

سرافراز، مهدی‌رضا؛ قربانی، نیما؛ جواهری، عابدین. (۱۳۹۱). خودمهارگری: ظرفیتی واحد یا دو وجهی؟ تمایز بین وجوه بازدارندگی و برانگیزندگی در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *پژوهش در سلامت روانشناختی*.

۶ (۴)، ۶۹-۷۵.

سجادی، معصومه السادات؛ موسوی نسب، سید محمدحسین. (۱۳۹۳). ذهن‌آگاهی و شادکامی ذهنی: اثرات مستقیم و غیرمستقیم. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۶ (۳)، ۲۰-۲۹.

صالح میرحسینی، وحیده؛ قربانی، نیما، علی‌پور، احمد؛ فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای فرآیندهای خودشناسی (خودشناسی انسجامی و بهوشیاری) و خودمهارگری در رابطه استرس ادراک شده و عینی



با اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی آتش نشان‌ها. پژوهش در سلامت روانشناختی. ۸ (۴)، ۱۰-۱۵.  
 طهماسب، علیرضا؛ قربانی، نیما؛ پورحسین، رضا. (۱۳۸۵). خودشناسی انفکاک و انسجامی: رابطه وجود  
 خودشناسی با پنج عامل بزرگ شخصیت. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*. ۳۶، شماره ۱ و ۲، ۵۷-۷۶.  
 فراهانی، محمدتقی؛ کرمی‌نوری، رضا. (۱۳۹۴). مفهوم سلامت و بیماری در فرهنگ‌های فردگرا و جمع‌گرا.  
 پژوهش در سلامت روانشناختی. ۹ (۴)، ۱-۱۰.

فراهانی، محمدتقی؛ هاشمی‌رزینی، هادی؛ بابایی‌فرد، مریم. (۱۳۹۴). رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با  
 ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت اسکیزوتیپی در یک نمونه غیربالینی. پژوهش  
 در سلامت روانشناختی. ۹ (۳)، ۱-۱۱.

قاسمی‌پور، یداله؛ قربانی، نیما. (۱۳۸۹). بهوشیاری و نیازهای بنیادی روانشناختی در بیماران قلبی-عروقی.  
*مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. سال شانزدهم، شماره ۲، ۱۶۲-۱۵۴.

کشمیری، مرتضی؛ فتوحی‌آشتیانی، علی؛ جلالی، پیوند. (۱۳۹۸). نقش تعدیل‌کننده ذهن آگاهی در رابطه بین  
 افسردگی، اضطراب و تنیدگی با بهزیستی روان‌شناختی. *مجله روانشناسی*، ۲۳ (۲)، ۲۱۷-۲۳۱.  
 گل، علیرضا؛ شیدعبرانی، بهناز؛ آقا محمدیان شهرباف، علیرضا؛ نامورطباطبایی، سجاد؛ خاکشور کامه علیا،  
 محمد. (۱۳۹۹) نقش صفات مرضی، روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه و هیجانی در پیش‌بینی اختلالات  
 شخصیت خوشه C. *مجله روانشناسی*، ۲۴ (۳)، ۲۶۵-۲۸۲.

ملکی، قیصر؛ مظاهری، محمدعلی؛ ذبیح‌زاده، عباس؛ آزادی، اسمعیل و ملک‌زاده، لیدا. (۱۳۹۳). نقش پنج  
 عامل بزرگ شخصیت در ذهن‌آگاهی. *مجله علمی-پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*. ۴  
 (۱)، ۱۰۳-۱۱۴.

منتظری، محمدصادق؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ عابدی، محمدرضا؛ عابدی، احمد. (۱۳۹۲). اثربخشی  
 طرح‌واره‌درمانی بر کاهش شدت علائم افسردگی و اختلال شخصیت وسواسی-اجباری: پژوهش منفرد.  
*مجله روانشناسی بالینی*. ۵ (۱)، ۳۵-۴۵.

Albert, U., Maina, G., Forner, F., Bogetto, F. (2004). DSM-IV Obsessive-Compulsive  
 Personality Disorder: Prevalence in Patients with Anxiety Disorders and in Healthy  
 Comparison Subjects. *Comprehensive Psychiatry*. 45:325-32.

Ansell EB, Pinto A, Crosby DR, Becker DF, Anez LM, Paris M, et al. (2010). The  
 prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic  
 psychiatric outpatients. *Journal of Behavior Therapy Experiments Psychiatry*. 41 :  
 275-81.

- Bandura, A. (1991). Social-Cognitive Theory of Self-Regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287.
- Baniassadi, T., Javanmard, Z., Zivari-Rahman, M., Shokouhi-Moqhaddam, S., Adhami, M. (2015). Investigating the Relationship between Personality Traits and Self-Control and Nicotine Dependence Symptoms in Male Prisoners in Kerman, Iran. *Addict Health*, 7 (1-2):82-6.
- Bartz, J., Kaplan, A., & Hollander, E. (2007). Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Personality Disorders: Toward the DSM-V*. 325-352.
- Baumeister, R. F., Gailliot, M., DeWall, C. N., & Oaten, M. (2006). Self-Regulation and Personality: How Interventions Increase Regulatory Success, and How Depletion Moderates Effects of Traits on Behavior. *Journal of Personality*. 74, 1773-1801.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and Why People Fail at Self-regulation*. San Diego: Academic Press, Inc.
- Behjati, Z., Saeedi, Z., Nourbala, F., Enjedani, E., & Aqaie Meybodi, F. (2011). Integrative Self-Knowledge and Mental Health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, vol. 30, 2011. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.137
- Brown, K. W., Ryan, R. M. (2007). The benefits of being present: Mindfulness and its role in Psychological well-being. *Journal of Personality and Psychology*, 8(4), 822-848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for Its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Carr, A. T. (1974). Compulsive Neurosis: A Review of the Literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.
- Cheli, S., MacBeth, A., Popolo, R., Dimaggio, G. (2020). The intertwined path of perfectionism and self-criticism in a client with obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*; 76: 2055– 2066.
- Coles, M. E., Pinto, A., Mancebo, M. C., Rasmussen, S. A., Eisen, J. L. (2008). OCD with comorbid OCPD: a subtype of OCD? *Journal of Psychiatry Research*. 42:289-96.
- Eisen, J. L., Coles, M. E., Shea, M. T., Stout, R. L., Yen, S., et al. (2006). Clarifying the Convergence between Obsessive-Compulsive Personality Disorder Criteria and Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Personality Disorder*. 20: 294-305.
- Farahani, M. N., Kormi-Nouri, R., & De Raad, B. (2017). The Relation between Conscientiousness and Mental Health in a North-European and a West-Asian Culture. *Journal of Mental Health. Early Online*, 1-7.
- Fossati, A., Vigorelli Porro, F., Maffaei, C. & Borroni, S. (2012). Are the DSM-IV

- Personality Disorders related to Mindfulness? An Italian Study on Clinical Participants. *Journal of Clinical Psychology*, 68(6):627-83.
- Frost, R. O., Steketee, G., Cohn, L., & Griess, K. (1994). Personality Traits in Subclinical and Nonobsessive-Compulsive Volunteers and Their Parents. *Behavior Research and Therapy*, 32, 47/56.
- Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K., & LeBreton, D. L. (2003). Individualist and collectivist values: Evidence of compatibility in Iran and the United States. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 431-447.
- Ghorbani, N., Watson, P. J. (2006). Religious Orientation Types in Iranian Muslims: Differences in Alexithymia, Emotional Intelligence, Self-Consciousness, and Psychological Adjustment. *Review of Religious Research*, 47, 3, 303-310.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Hargis, M. B. (2008). Integrative Self-Knowledge Scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. *The Journal of Psychology*, 142(4), 395-412.
- Ghorbani, N., Cunningham, C. J., & Watson, P. J. (2010). Comparative Analysis of Integrative Self-Knowledge, Mindfulness, and Private Self-Consciousness in Predicting Responses to Stress in Iran. *International Journal of Psychology*. 45(2), 147-154.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Farhadi, M., Chen, Zhuo. (2014). A Multi-Process Model of Self-Regulation of Mindfulness, Integrative Self-Knowledge and Self-Control in Iran. *International Journal of Psychology*. 49(2), 115-122.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Weathington, B. L. (2009). Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural Structural Complexity and Parallel Relationships with Psychological Adjustment. *Current Psychology*, 28, 211-224.
- Ghorbani, N., Watson, P. J. (2004). Two Facets of Self-knowledge, the Five-factor Model, and Promotion among Iranian Managers. *Social Behavior & Personality*, 32, 769-776.
- Ghorbani, N., Watson, P. J. (2005). Hardiness Scales in Iranian Managers: Evidence of Incremental Validity in Relationship with the Five Factor Model and with Organizational and Psychological Adjustment. *Psychological Reports*. 96, 775-781.
- Giluk, T. L. (2009). Mindfulness, Big Five Personality, an Affect: A Meta-Analysis. *Personality & Individual Differences*, 47(8), 805-811.
- Grant, J. E., Mooney, M. E., Kushner, M. G. (2012). Prevalence, Correlates, and Comorbidity of DMS-IV Obsessive-Compulsive Personality Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatry Research*. 46:469-75.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., et al.

- (2005) Co-occurrence of 12-month Mood and Anxiety Disorders and Personality Disorders in the US: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatry Research*. 39:1-9.
- Grant B. F., Hasin D. S., Stinson F. S., Dawson D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering R. P., (2004). Prevalence, Correlates, and Disability of Personality Disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 65:948-58.
- Karwautz A, Troop NA, Rabe-Hesketh S, Collier DA, and Treasure JL. (2003). Personality disorders and personality dimensions in anorexia nervosa. *Journal of Personality Disorder*, 17:73-85 .
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Grant, J. E., & Rasmussen, S. A. (2005). Obsessive-compulsive Personality Disorder: Clinical Characteristics, Diagnostic Difficulties, and Treatment. *Annual of Clinical Psychiatry*. 17: 197-204.
- Maina, G., Bellino, S., Bogetto, F., & Ravizza, L. (1993). Personality Disorders in Obsessive –Compulsive Patients: A Study Report. *European Journal of Psychiatry*, 7, 155-163.
- Mataix-Cols, D., Baer, L., Rauch, S. L., & Jenike, M. A. (2000). Relation of Factor-Analyzed Symptoms Dimensions of Obsessive-Compulsive Disorder to Personality Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 199-202.
- McCullough, M. E., & Willoughby, B. L. (2009). Religion, Self-regulation & Self-control: Association, Explanations, & Implications. *Psychological Bulletin*, 135(1), 69.
- McGuire, J.F., Small, B.J., Lewin, A.B., Murphy, T.K., De Nadai, A.S., Phares, V., Geffken, G., Stroch, E.A. (2013). Dysregulation in Pediatric Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatry Research*. 209(3); 589-595.
- Mike, A., King, H, Oltmanns, TF. Jackson, JJ. (2018). Obsessive, compulsive, and conscientious? The relationship between OCPD and personality traits. *Journal of Personality*; 86: 952- 972.
- Mousavi, A., & Ghorbani, N. (2006). Self-criticism, Self-knowledge and Mental Health. *Journal of Psychological Studies*, 2(4), 75-93.
- Muraven, M. (2008). Autonomous Self-control is Less Depleting. *Journal of Research in Personality*. 42(3), 763-770.
- Nestadt, G., Romanoski AJ, Brown CH, Chahal R, Merchant A, Folstein MF, et al. (1991). DSM-III compulsive personality disorder: an epidemiological survey. *Psychology Medicine*, 21:461-71.
- Nilsson EW, Gillberg C, Gillberg IC, Raftam M. Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: personality disorders. *Journal of American Academy of Child*

- Adolescent Psychiatry*. 1999;38:1389-95 .
- Nordahl, H. M., Stiles, T. C. (1997). Perceptions of Parental Bonding in Patients with Various Personality Disorders, Lifetime Depressive Disorders, and Healthy Controls. *Journal of Personality Disorder*. 11: 391-402.
- Perry, J. C., Bond, M., & Roy, C. (2007). Predictors of Treatment Duration and Retention in a Study of Long-term Dynamic Psychotherapy: Childhood Adversity, Adult Personality, and Diagnoses. *Journal of Psychiatric Practicing*. 13: 221-32.
- Petrides, K. V., Gomez, M. G. & Perez-Gonzalez, J. C. (2017). Pathways into Psychopathology: Modeling the Effects of Trait Emotional Intelligence, Mindfulness, and irrational Beliefs in a Clinical Sample. *Clin Psychol Psychother*. 24(5):1130-1141.
- Pollack, J. M., (1979). Obsessive-Compulsive Personality: A Review. *Psychological Bulletin*, 86, 225-241.
- Phillips KA, McElroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2000;41:229-36 .
- Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., Rasmussen, S. A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: Clinical Features and Symptoms of the Sample at Intake. *Journal of Clinical Psychiatry*. 67:703-11.
- Pinto, A., Liebowitz, M. R., Foa, E. B., Simpson, H. B. (2011). Obsessive-Compulsive Personality Disorder as a Predictor of Exposure and Ritual Prevention Outcome for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Research Therapy*. 2011; 49:453-8.
- Pinto, A., Steinglass, J. E., Greene, A. L., Weber, E. U., & Simpson, H. B. (2014). Capacity to Delay Reward Differentiates OCD & OCPD. *Biol Psychiatry*. 75: 653-9.
- Rector, N.A., Hood, K., Richter, M.A., & Bagby, R.M. (2002). Obsessive-compulsive Disorder and the Five Factor Model of Personality: Assessing the Distinction and Overlap with Major Depressive Disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 40, 1205-1219.
- Rector, N.A., Richter, M.A., & Bagby, R.M. (2005). The Impact of Personality on Symptom Expression in Obsessive-compulsive Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(4), 231-236.
- Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Neale, M. C., Oštavik, R. E., Torgersen, S., Tambs, K., et al. (2007). Genetic and Environmental Influences on Dimensional representation of DSM-IV Cluster C Personality Disorders: A Population-Based Multivariate Twin Study. *Psychology Medication*. 37: 645-653.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2011). Conscientiousness and Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, research, and Treatment*, 2(3), 161-174.

- Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., Riddle, M. A., Liang, K., et al. (2000). Personality Disorders and Normal Personality Dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 457-462.
- Skodol, A. E., Pagana, M. E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G., Yen, S., Stout, R. L., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., & McGlashan, T. H., (2004). Stability of functional Impairment in Patients with Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive-Compulsive Personality Disorder over Two years. *Psychological Medicine*. 35. 443-451.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L. & Bender, D. S. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 159:276-83.
- Sng, A. A., & Janca A. (2016). Mindfulness for Personality Disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 29(1), 70-76.
- Starcevic V, Brakoulias V. (2014). New diagnostic perspectives on obsessive-compulsive personality disorder and its links with other conditions. *Current Opinion in Psychiatry*. 27: 62-7.
- Stein, D. J., & Hollander, E. (1993). Impulsive Aggression and Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Annals*, 23(7), 389-395.
- Stanley, M. A., Turner, S. M., & Borden, J. W. (1990). Schizotypal Features in Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 511-518.
- Soeteman, D. I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, & R., Busschbach, J. J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*. 69:259-65.
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Terracciano, A. (2017) Facets of Conscientiousness and Risk of Dimensia. *Psychological Medicine*. 6:1-9.
- Tachett, J. L., Qulity, L. C., Sellbom, M., Rector, N. A., & Bagby, R. M. (2008). Additional Evidence for a Quantitative Hierarchical Model of Mood and Anxiety Disorders for DSM-V: The Context of Personality Structure. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(4), 812-825.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Luzio Boone, A. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*. 72(2), 272-322.
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., et al. (2000). A twin Study of personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 41: 416-425.
- Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. (2001). The Prevalence of personality disorders in a

- community sample. *Archive of General Psychiatry*. 58:590-6.
- Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Wilson R, et al.(1996). Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*. 169:196-201.
- Villemarette-Pittman, N. R., Stanford, M. S., Greve, K. W., Houston, R. J., & Mathias, C. W. (2004). Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Behavioral Disinhibition. *The Journal of Psychology*. 138: 5-22.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911-1918.



شپه‌شگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی