

## بررسی ابعاد کمال گرایی در اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی-جبری

حامد جباری قاضی جهانی<sup>۱</sup>، افسانه سادات شریف<sup>۱</sup>، آزاده احسانی کناری<sup>۱</sup>  
<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، گروه روانشناسی شخصیت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نام نویسنده مسئول:

حامد جباری قاضی جهانی

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه ابعاد کمال گرایی در بین مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی-جبری بود. به همین منظور دو گروه ۳۵ نفری مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی-جبری از افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره روانشناسی شهر تهران در شش ماه دوم سال ۱۳۹۶ به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. بین دو گروه مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی-جبری در هر سه بعد کمال گرایی تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس نتایج این پژوهش، کمال گرایی خویشتن مدار و جامعه مدار نقش مهمی در روابط میان فردی محدود و جدایی اجتماعی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی-جبری ایفا می کند، در حالی که کمال گرایی دیگرمدار به روابط میان فردی معیوب و بی ثبات در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی منجر می گردد.

**واژگان کلیدی:** ابعاد کمال گرایی، اختلال شخصیت، مرزی، وسواسی-جبری.

## مقدمه

یکی از سازه های شخصیتی، کمال گرایی است که نقش مهمی در سازش یافتگی افراد ایفا می کند. در گذشته سازه کمال گرایی مورد توجه نظریه پردازان بزرگی همچون فروید، آدلر، و مازلو<sup>۱</sup> بوده [۱] و در دهه های اخیر نیز مورد توجه پژوهشگران بسیاری قرار گرفته است که هرکدام به فراخور دیدگاه خود تعریف های متفاوتی از آن ارائه داده اند. برنز<sup>۲</sup> [۲] کمال گرایی را سازه ای تک بعدی می داند و آن را به عنوان تمایل پایدار فرد به وضع معیارهای کامل و دست نیافتنی و تلاش برای تحقق آن ها تعریف می کند. هامچاک<sup>۳</sup> [۳] با در پیش گرفتن رویکردی متفاوت، کمال گرایی را در دو بعد «بهنجار و نابهنجار» به این شکل تعریف می کند که کمال گرایان بهنجار افرادی هستند که برای رسیدن به اهداف عالی خود سرسختانه تلاش می کنند و در صورت لزوم، اهداف خود را تعدیل می نمایند؛ در حالی که کمال گرایان نابهنجار هرگز از عملکرد خود در دستیابی به اهدافشان احساس رضایت نمی کنند. در دو دهه پایانی قرن بیستم کمال گرایی از حالت تک بعدی و دو بعدی بودن خارج گردید و به عنوان سازه ای چند بعدی در نظر گرفته شد. طبق تقسیم بندی سه بعدی هیت و فلت<sup>۴</sup> [۴]، کمال گرایی خویشتن مدار، با تمایل به وضع معیارهای غیرواقع بینانه برای خود و تمرکز بر نقص ها و شکست ها در عملکرد همراه با خود نظارت گری های دقیق مشخص می شود. کمال گرایی دیگر مدار بیانگر تمایل به داشتن انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران است، و کمال گرایی جامعه مدار به احساس ضرورت رعایت معیارها و برآورده ساختن انتظارات تجویز شده از سوی افراد مهم به منظور کسب تایید اطلاق می شود.

یافته های پژوهشی در زمینه بررسی ابعاد سه گانه کمال گرایی، همبستگی این سازه را با ویژگی های شخصیتی، رفتاری و مشکلات روان شناختی تایید کرده اند. کمال گرایی خویشتن مدار با نگرانی، اضطراب، گرایش به افسردگی، نوروگرایی، خودکنترلی، اختلالات خوردن در ارتباط است [۵-۱۰]. کمال گرایی دیگر مدار با اقتدارگرایی، سلطه جویی، ویژگی های شخصیت خودشیفته، و نمایشی همبستگی دارد [۱۱،۴]. کمال گرایی جامعه مدار با بدبینی، کاهش کارایی، عدم اعتماد، عزت نفس پایین، افسردگی، ویژگی های شخصیت اسکیزوئید، اسکیزوتیپی و اجتنابی مرتبط است [۱۲،۷،۴].

صفات شخصیتی الگوهای پایداری از ادراک، برقراری ارتباط و تفکر درباره محیط و خویشتن هستند که در گستره وسیعی از زمینه های اجتماعی و شخصی ظاهر می شوند. تنها هنگامی که صفات شخصیت انعطاف ناپذیر و ناسازگارند، و موجب اختلال قابل ملاحظه در کارکرد و پریشانی ذهنی می شوند، اختلال های شخصیت را تشکیل می دهند. اختلال شخصیت، الگوی تجارب درون ذهنی و رفتاری بادوامی است که بر معیارهای فرهنگی منطبق نیست، نفوذی غیرقابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا اوایل جوانی شروع می شود، در طول زمان تغییر نمی کند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می شود [۱۳]. در این پژوهش با توجه به گستردگی اختلالات شخصیت، دو جنبه از آن یعنی اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی-جبری بررسی شده است. اختلال شخصیت مرزی با الگوی شدید روابط بین فردی ناپایدار، خلق نوسان دار، احساس مزمن پوچی و ترس از تنهایی و طرد شناخته می شود [۱۴]. علیرغم نامتجانس بودن نشانه های این اختلال، امروزه یک اجماع نظر کلی وجود دارد که بدکارکردی هیجانی مشخصه اصلی این اختلال است. پژوهشگران متعددی معتقدند که اختلال شخصیت مرزی اختلالی است که به واسطه نارسایی های معنادار در توانایی درک و تنظیم هیجان ها و خلق مشخص می شود [۱۵-۱۸]. از آنجا که این اختلال با نارسایی در تنظیم و پاسخ دهی هیجانی مرتبط است از این رو افراد مبتلا به این اختلال در زمینه های متعدد، از جمله روابط بین فردی مشکلات فراوانی دارند [۱۹،۲۰]. این افراد مستعد ابتلا به خشم و خصومتند. خشم اغلب زمانی فراخوانی می شود که طرف مقابل به صورت بی توجه، دریغ کننده، فاقد احساس دلسوزی، یا رها کننده برداشت شود. این خشم و خصومت گاه منجر به پرخاشگری فیزیکی یا رفتار خشونت آمیز می گردد [۱۳].

ویژگی اصلی اختلال شخصیت وسواسی-جبری، دلمشغولی به نظم و ترتیب، کمال گرایی، و کنترل روانی و میان فردی به قیمت از دست دادن انعطاف پذیری، گشودگی و کارایی است. افراد مبتلا به این اختلال سعی می کنند تا احساس کنترل را از طریق توجه زیاد بر مقررات، جزئیات پیش پا افتاده، روش ها و برنامه ها حفظ کنند. آن ها توجه فوق العاده ایی به جزئیات می کنند و بارها اشتباهات احتمالی را واری می کنند. در نتیجه چنین تحمیل کمال گرایی و معیارهای عالی بر خود در مورد عملکرد، منجر به کژکاری و ناراحتی در این افراد می شود. برای نمونه آن ها ممکن است به قدری مشکل بتوانند تصمیم بگیرند که چه تکلیفی الویت دارد یا بهترین راه برای انجام دادن کار خاصی چیست که شاید هرگز کاری را شروع نکنند [۱۳]. بین اختلال شخصیت وسواسی-جبری با سایر اختلالات بالینی همبستگی بالایی وجود دارد که از آن جمله می توان به اضطراب و افسردگی [۲۱]، اختلالات خوردن [۲۲]، افکار خودکشی [۲۳]، اختلال در عملکرد هیجانی [۲۴] اشاره نمود.

<sup>1</sup> Freud, Adler, & Maslow

<sup>2</sup> Burns

<sup>3</sup> Hamachek

<sup>4</sup> Hewitt & Flett

با وجود میزان بالای شیوع و مشکلاتی که در زندگی مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی-جبری، و نزدیکان آن‌ها به وجود می‌آید، به درمان و علت‌شناسی این اختلالات توجه تجربی کمی شده است. این نکته نیز حائز اهمیت است که درمان موثر، نیازمند شناخت دقیق ویژگی‌ها، علائم و در کل، ابعاد مختلف اختلال مورد بررسی است. در پژوهش حاضر سعی بر آن است تا با شناخت هر چه بیشتر مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی-جبری، علاوه بر پیشگیری از بروز این اختلالات در افراد مستعد، زمینه ساز ایجاد درمان‌های مؤثر در این زمینه باشیم. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه ابعاد کمال‌گرایی (خویش‌مدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار) در بین مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی-جبری می‌باشد.

### روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، در زمره پژوهش‌های توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روانشناسی شهر تهران در شش ماه دوم سال ۱۳۹۶ بود که از میان آن‌ها دو گروه ۳۵ نفری از مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی-جبری به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرایط اصلی ورود به پژوهش برای دو گروه مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی-جبری بر اساس مصاحبه بالینی تشخیصی به کمک روانشناس بالینی، پرسشنامه میلون ۳ (با تنها یک نمره برافراشته بالاتر از خط برش ۸۴ در هر یک از مقیاس‌های مربوطه)، داشتن تحصیلات متوسطه به بالا بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل ابتلای همزمان به اختلالات روان‌پریشی، اختلالات شخصیتی و یا سایر اختلالات روانی، عقب‌ماندگی ذهنی و وابستگی دارویی بود.

### ابزارهای پژوهش

#### پرسشنامه شخصیتی میلون<sup>۱</sup> (MCMI-III)

آزمون بالینی چند محوری میلون، یک مقیاس خودسنجی است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا مورد استفاده قرار می‌گیرد. نسخه اصلی پرسشنامه میلون برای اولین بار در سال ۱۹۷۷ تدوین شد و یکی از پرکاربردترین پرسشنامه‌ها در حرفه بالینی است. پایایی مقیاس‌ها در مطالعه هنجاریایی پرسشنامه میلون ۳، از دامنه ۰/۸۲ برای مقیاس بدنمایی تا ۰/۹۶ برای مقیاس شبه جسمی و با متوسط ۰/۹۰ برای تمام مقیاس‌ها گزارش شده است. در مطالعه شریفی [۲۵]، روایی مقیاس‌های پرسشنامه میلون ۳ از طریق روایی تشخیصی و با محاسبه خصیصه‌های عامل به دست آمده است. روایی تشخیصی تمام مقیاس‌های پرسشنامه میلون ۳ بسیار خوب برآورده شده است. به عنوان نمونه، توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها از دامنه ۰/۵۸ (اختلال شخصیت نمایشی) تا ۰/۸۳ (اختلال هذیانی) و توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها از ۰/۹۳ (اختلال شخصیت منفی گرا) تا ۰/۹۹ (اختلال اضطراب) متغیر است.

#### مقیاس چند بعدی کمال‌گرایی<sup>۲</sup> (MPS)

مقیاس چندبعدی کمال‌گرایی پرسشنامه‌ای است که در سال ۱۹۹۱ توسط هویت و فلت ساخته شده است. این مقیاس یک آزمون ۳۰ سؤالی است و سه بعد کمال‌گرایی خویش‌مدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار را می‌سنجد. ۱۰ ماده هر یک از سه زیرمقیاس آزمون، مشخصه‌های کمال‌گرایی را در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم»، از نمره ۱۰ تا ۵۰ اندازه‌گیری می‌کنند. در اعتباریایی مقدماتی فرم ایرانی این مقیاس در مورد یک نمونه دانشجویی که توسط بشارت [۲۶] انجام شد، آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس کمال‌گرایی خویش‌مدار ۰/۹۲، کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۸۹، و برای کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۸۴ بود که نشانه همسانی درونی بالای مقیاس می‌باشد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله ۴ هفته برای کمال‌گرایی خویش‌مدار ۰/۸۸، برای کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۸۳ و برای کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۸۰ بود که نشان از پایایی بازآزمایی بالای فرم ایرانی مقیاس است.

### یافته‌ها

در جدول شماره ۱، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها مربوط به جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات آورده شده است. در جدول شماره ۲، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی آورده شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش

متغیرها	اختلال شخصیت مرزی	اختلال شخصیت وسواسی-جبری
جنسیت	۹	۲۱
مرد		
زن	۲۶	۱۴

<sup>۱</sup> Millon Clinical Multiaxial Inventory

<sup>۲</sup> Multidimensional Perfectionism Scale

۱۶	۲۱	مجرد	وضعیت تاهل
۱۹	۱۴	متاهل	
۱۰	۱۸	لیسانس	تحصیلات
۱۷	۱۴	فوق لیسانس	
۸	۳	دکتری	

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی

اختلال شخصیت وسواسی-جبری		اختلال شخصیت مرزی		گروه
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	متغیر
۴/۳۵۳	۳۳/۸۵	۵/۳۰۳	۲۸/۶۰	کمال گرایی خویشتن مدار
۵/۲۷۱	۲۷/۲۰	۴/۴۶۴	۳۱/۳۱	کمال گرایی دیگر مدار
۴/۹۸۹	۳۰/۶۴	۴/۷۸۶	۲۵/۹۷	کمال گرایی جامعه مدار

جدول ۳. نتایج آماری معناداری مانوا

نام آزمون	ارزش	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور ایتا
مدل	اثر پیلاپی	۰/۹۸۷	۳	۶۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸۷
	لامبدا ویکلز	۰/۰۱۳	۳	۶۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸۷
	اثر هتلینگ	۷۵/۴۳۸	۳	۶۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸۷
	بزرگترین ریشه خطا	۷۵/۴۳۸	۳	۶۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸۷
گروه	اثر پیلاپی	۰/۶۲۴	۳	۶۶	۰/۰۰۰	۰/۶۲۴
	لامبدا ویکلز	۰/۳۷۶	۳	۶۶	۰/۰۰۰	۰/۶۲۴
	اثر هتلینگ	۱/۶۶۲	۳	۶۶	۰/۰۰۰	۰/۶۲۴
	بزرگترین ریشه خطا	۱/۶۶۲	۳	۶۶	۰/۰۰۰	۰/۶۲۴

نتایج جدول ۳ نشان می دهند که سطوح معناداری همه آزمون ها، قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می شمارد. این نتایج نشان می دهند که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و وسواسی-جبری ( $F(3,66) = 1659.646, P < .0005, Wilk's Lambda = .013, Partial \eta^2 = .987$ ) تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی

منابع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	معناداری	مجذور ایتا
گروه	کمال گرایی خویشتن مدار	۴۸۳/۶۵۷	۱	۴۸۳/۶۵۷	۲۰/۵۴۷	۰/۰۰۰	۰/۲۳۲
	کمال گرایی دیگر مدار	۲۹۶/۲۲۹	۱	۲۹۶/۲۲۹	۱۳/۷۳۰	۰/۰۰۰	۰/۱۶۸
	کمال گرایی جامعه مدار	۱۸۷۲/۰۵۷	۱	۱۸۷۲/۰۵۷	۷۲/۰۶۳	۰/۰۰۰	۰/۵۱۷
خطا	کمال گرایی خویشتن مدار	۱۶۰۰/۶۸۶	۶۸	۲۳/۵۳۹	-	-	-
	کمال گرایی دیگر مدار	۱۶۶۳/۰۸۶	۶۸	۲۴/۴۵۷	-	-	-
	کمال گرایی جامعه مدار	۱۷۶۶/۵۱۴	۶۸	۲۵/۹۷۸	-	-	-

بر اساس نتایج جدول ۴، مشاهده می شود که بین دو گروه مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی-جبری در بعد کمال گرایی خویشتن مدار ( $F(1,68) = 20.547, P < .0005, Partial \eta^2 = .232$ )، بعد کمال گرایی دیگر مدار ( $F(1,68) = 13.730, P < .0005$ )، و بعد کمال گرایی جامعه مدار ( $F(1,68) = 72.063, P < .0005, Partial \eta^2 = .517$ )، تفاوت معناداری وجود دارد.

## بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه ابعاد کمال گرایی (خویشتن مدار، دیگر مدار و جامعه مدار) در بین مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی-جبری بود. یافته های پژوهش حاکی از آن بود که بین ابعاد کمال گرایی مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی-جبری تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در بعد کمال گرایی دیگرمدار نمره بیشتر، و در ابعاد کمال گرایی خویشتن مدار و جامعه مدار نمره کمتری نسبت به مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی-جبری کسب کردند. این نتایج در راستای یافته های پژوهش های پیشین قرار دارد [۱۱،۵،۴، ۲۷-۲۹]. کمال گرایی دیگر مدار با ویژگی های منفی چون سرزنش دیگران، انتقاد از دیگران و احساس تنهایی مرتبط می باشد [۲-۳۰]. کمال گرایان دیگرمدار نه تنها تمایل بیشتری به اقتدارگرایی و سلطه جویی دیگران دارند [۲۹،۱۱،۴]، بلکه ویژگی های رفتاری تیپ A از جمله بی صبری و رقابتی بودن را نیز از خود نشان می دهند. کمال گرایان دیگر مدار قویا درگیر رفتارهای مربوط به دیگران می باشند، و پرخاشگری و خصومت بیش از اندازه ای در این بعد از کمال گرایی مشاهده می شود [۳۱]. ملاک های تشخیصی DSM-5 برای اختلال شخصیت مرزی دارای موارد مشابهی است، برای نمونه خشم، خصومت، پرخاشگری فیزیکی یا رفتار خشونت آمیز، و احساس پوچی و تنهایی از جمله این ملاک ها است [۱۳]. بر این اساس می توان همبستگی بین کمال گرایی دیگر مدار و ویژگی های اختلال شخصیت مرزی را از طریق همین ساز و کار تبیین نمود. از سویی کمال گرایی خویشتن مدار با نگرانی [۱۰]، اضطراب و نوروگرایی [۵]، گرایش به افسردگی [۶]؛ و کمال گرایی جامعه مدار با افسردگی، ادارک خودکنترلی کم و عزت نفس پایین [۷]، اضطراب و عدم اعتماد [۱۰]؛ خستگی، بدبینی و کاهش کارایی [۱۲] رابطه معناداری دارد که این یافته ها با ویژگی های افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری همخوانی دارد. افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری با اصول و مقررات، نظم، نظافت، جزئیات و کسب کمال اشتغال ذهنی دارند و استانداردهایی که این افراد برای عملکرد خود تعیین می کنند بسیار بالاست. افراد مبتلا به این اختلال در مقابل افرادی که آن ها را قوی تر از خود می دانند تسلیم می شوند و خواست های آن ها را با قدرت به انجام می رسانند [۱۳].

بر اساس یافته های این پژوهش، می توان چنین نتیجه گیری کرد که ابعاد کمال گرایی نقش مهمی در تخریب روابط بین فردی مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی-جبری ایفا می کند. تعیین معیارهای عالی غیرواقع بینانه بر خود تحمیل شده در مورد عملکرد، و بی توجهی نسبت به پیامد های آن (کمال گرایی خویشتن مدار)؛ و احساس ضرورت رعایت معیارها و برآورده ساختن انتظارات تجویز شده از سوی افراد مهم به منظور کسب تایید از جانب آن ها (کمال گرایی جامعه مدار) در مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی-جبری منجر به عملکرد بهینه مختل و محدود شدن مهارت های بین فردی، و در نتیجه جدایی اجتماعی آن ها می گردد. در سوی دیگر، خصوصیات منفی از جمله خشم، خصومت و پرخاشگری به دلیل احساس تنهایی و رهاشدگی؛ و تمایل به داشتن انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران (کمال گرایی دیگرمدار) در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی به روابط میان فردی معیوب و بی ثبات آن ها منتهی می شود. پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی نیز می باشد که با رفع این محدودیت ها در مطالعات بعدی می توان به نتایج کامل تری دست یافت. از جمله محدودیت های این پژوهش، عدم توجه به نقش متغیرهای جنسیت، سن، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل بود، که ممکن است این تفاوت ها بر نتایج تأثیر سوء بگذارد. پیشنهاد می شود پژوهش های گسترده تر بر روی حجم نمونه بیشتر، و نیز پژوهش های مشابه بر روی سایر اختلالات شخصیت انجام پذیرد.

## سپاسگزاری

از تمام مسئولان مراکز مشاوره روانشناسی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، و افرادی که سرمایه اصلی این مطالعه بوده و زحمت شرکت در آن را متحمل شده اند تقدیر و تشکر می گردد. این پژوهش هیچگونه حمایت مالی سازمانی نداشته و با هزینه شخصی انجام گردیده است.

## منابع و مراجع

- [1] Nordby, V. J., & Hall, C. S. (1974). *A Guide to Psychologists and Their Concepts*. San Francisco, CA: W.H. Freeman.
- [2] Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34-51.
- [3] Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33.
- [4] Hewitt, P. L., Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470.
- [5] Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Dyck, D. G. (1989). Self-oriented perfectionism, neuroticism and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 10(7), 731-735.
- [6] Hewitt, P. L., Mittelstaedt, W. M., & Flett, G. L. (1990). Self-oriented perfectionism and generalized performance importance in depression. *Individual Psychology*, 46(1), 67-73.
- [7] Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K., & O'Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 12(1), 61-68.
- [8] Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 98-101.
- [9] Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casulà, V., Fuhrmann, C., ... Toro, J. (2007). Self-oriented perfectionism in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 562-568.
- [10] Stoeber, J., Feast, A. R., & Hayward, J. A. (2009). Self-oriented and socially prescribed perfectionism: Differential relationships with intrinsic and extrinsic motivation and test anxiety. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 423-428.
- [11] Hill, R. W., Zrull, M. C., & Turlington, S. (1997). Perfectionism and Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 69(1), 81-103.
- [12] Childs, J. H., & Stoeber, J. (2010). Self-Oriented, Other-Oriented, and Socially Prescribed Perfectionism in Employees: Relationships with Burnout and Engagement. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 25(4), 269-281.
- [13] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th Ed. Washington, DC: Author.
- [14] Maloney, E., Degenhardt, L., Darke, S., & Nelson, E. (2009). Impulsivity and borderline personality as risk factors for suicide attempts among opioid-dependent individuals. *Psychiatry Research*, 169(1), 16-21.
- [15] Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: The Guildford Press.
- [16] Yen, S., Zlotnick, C., & Costello, E. (2002). Affect regulation in women with borderline personality disorder traits. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(10), 693-696.
- [17] Bland, A. R., Williams, C. A., Scharer, K., & Manning, S. (2004). Emotion processing in borderline personality disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(7), 655-672.
- [18] Austin, M. A., Rinilo, T. C., & Porges, S. W. (2007). Borderline personality disorder and emotion regulation: Insights from the Polyvagal Theory. *Brain and Cognition*, 65(1), 69-76.
- [19] Zweig-Frank, H., & Paris, J. (2002). Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 103-107.
- [20] Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K., & Trull, T. J. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 279-288.
- [21] Rees, A., Hardy, G. E., & Barkham, M. (1997). Covariance in the measurement of depression/anxiety and three Cluster C personality disorders (avoidant, dependent, obsessive-compulsive). *Journal of Affective Disorders*, 45(3), 143-153.
- [22] Anderluh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., & Treasure, J. (2003). Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adult Women with Eating Disorders: Defining a Broader Eating Disorder Phenotype. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 242-247.

- [23] Diaconu, G., & Turecki, G. (2009). Obsessive-compulsive personality disorder and suicidal behavior: evidence for a positive association in a sample of depressed patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(11), 1551-1556.
- [24] Steenkamp, M. M., Suvak, M. K., Dickstein, B. D., Shea, M. T., & Litz, B. T. (2015). Emotional Functioning in Obsessive-Compulsive Personality Disorder: Comparison to Borderline Personality Disorder and Healthy Controls. *Journal of Personality Disorders*, 29(6), 794-808.
- [25] Sharifi, A. (2002). [Standardization of Millon Clinical Multiaxial Inventory 3 in Isfahan (Persian) (MA thesis)], Retrieved from the Iranian Research Institute for Information Science and Technology - IR.
- [26] Besharat, M. A. (2005). An exploratory analysis of the relationship between perfectionism and personality (Persian). *Studies in Education and Psychology*, 6(1), 81-96.
- [27] Klibert, J. J., Langhinrichsen-Rohling, J., & Saito, M. (2005). Adaptive and Maladaptive Aspects of Self-Oriented versus Socially Prescribed Perfectionism. *Journal of College Student Development*, 46(2), 141-156.
- [28] Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter M. M., Kaplan, A. S., ...Bulik, C. M. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38(4), 371-374.
- [29] Stoeber, J. (2014). How Other-Oriented Perfectionism Differs from Self-Oriented and Socially Prescribed Perfectionism. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(2), 329-338.
- [30] Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6(2), 94-103.
- [31] Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Hewitt, P. L. (2009). Perfectionism, Performance, and State Positive Affect and Negative Affect after a Classroom Test. *Canadian Journal of School Psychology*, 24(1), 4-18.