

Predicting the Scores of Personality Disorders by Emotional Self-Awareness and Self-Compassion

Chapardar N¹, *Taher M², Vatankhah Kourandeh HR³, Hosseinkhazadeh Firouzjah AA⁴

Author Address

1. PhD Student of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
4. Associate Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran.

*Corresponding author's email: Mahboobe.taher@yahoo.com

Received: 2020 September 6; Accepted: 2020 October 24

Abstract

Background & Objectives: Personality Disorders (PDs) have been among the most complex psychological conditions in recent years. A prominent feature of these disorders is a significant lack of self-awareness; this population lacks adequate insight into their problem. Therefore, they rarely attempt to treat their personality disorder. To pay attention to the lack of self-awareness in patients with a PD, the lack of emotional self-awareness is the fundamental part of self-awareness, and concurrently, it is the cornerstone of emotional intelligence. Emotional self-awareness is a fundamental issue that seems to be severely impaired in individuals with PD. Evidence also suggests the lack of self-compassion in individuals with PDs. Therefore, the present study aimed to investigate the possibility of predicting PDs using emotional self-awareness and self-compassion.

Methods: This was descriptive-correlational research. The statistical population included individuals with PD who were referred to one of the psychological services centers in Tehran City, Iran, in 2019 and 2020. Accordingly, a sample of 200 subjects was selected by the convenience sampling method. We examined clients in terms of PDs by completing the Millon Clinical Multi-Axial Inventory-III (MCMI-III; Millon, 1994). According to the inclusion and exclusion criteria of the study, we selected those with a great understanding of the inventory items and more accurate responses to them. Besides, we excluded those who answered the first questionnaire in an exaggerated way to diagnose PDs. After completing the first questionnaire, the study participants completed the Self-Reflection and Insight scale (Grant et al., 2002) to measure emotional self-awareness as well as the self-compassion scale (Neff, 2003) to measure self-compassion. We employed descriptive statistics, including mean and standard deviation to analyze the collected data. Furthermore, the Kolmogorov-Smirnov test was applied to evaluate the data normality. Moreover, the obtained data were analyzed by the Pearson correlation coefficient and multiple linear regression in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: We measured the Pearson correlation coefficients between emotional self-awareness and schizoid PD ($r=-0.290, p<0.001$), paranoid PD ($r=-0.233, p<0.001$), schizotypal PD ($r=-0.246, p<0.001$), histrionic PD ($r=0.214, p<0.001$), borderline PD ($r=-0.252, p<0.001$), narcissistic PD ($r=0.154, p<0.001$), antisocial PD ($r=-0.306, p<0.001$), dependent PD ($r=-0.306, p<0.001$), avoidant PD ($r=-0.180, p<0.001$), obsessive-compulsive PD ($r=0.308, p<0.001$), and a group of other PDs ($r=-0.307, p<0.001$). Furthermore, we measured the Pearson correlation coefficient between self-compassion and schizoid PD ($r=-0.217, p<0.001$), paranoid PD ($r=-0.235, p<0.001$), schizotypal PD ($r=-0.446, p<0.001$), histrionic PD ($r=0.204, p<0.001$), borderline PD ($r=-0.438, p<0.001$), narcissistic PD ($r=0.349, p<0.001$), antisocial PD ($r=-0.201, p<0.001$), dependent PD ($r=-0.452, p<0.001$), avoidant PD ($r=-0.275, p<0.001$), obsessive-compulsive PD ($r=0.437, p<0.001$), and a group of other PDs ($r=-0.576, p<0.001$). The regression analysis results also indicated that emotional self-awareness and self-compassion could together predict schizoid PD (emotional self-awareness ($p=0.007$); self-compassion ($p=0.014$)), histrionic PD [emotional self-awareness ($p=0.010$); self-compassion ($p=0.011$)], and obsessive-compulsive PD [emotional self-awareness ($p=0.026$); self-compassion ($p=0.005$); and self-compassion could alone predict schizotypal PD ($p=0.006$), borderline PD ($p=0.022$), and other PD groups ($p<0.001$). Therefore, emotional self-awareness and self-compassion could together predict the scores of schizoid, histrionic, and obsessive-compulsive PDs. Furthermore, self-compassion could predict the scores of schizotypal and borderline PDs and a group of other PDs. More precisely, the highest $\text{adj}R^2$ was related to the group of other PDs (0.348) and the lowest $\text{adj}R^2$ belonged to paranoid PD (0.071). The highest effect of emotional self-awareness was on schizoid PD ($\beta=-1.971, p=0.007$) and the lowest effect of emotional self-awareness was on obsessive-compulsive PD ($\beta=0.822, p=0.026$). The highest effect of self-compassion concerned the group of other PDs ($\beta=-1.016, p=0.001$), and the lowest effect of self-compassion was on borderline PD ($\beta=0.807, p=0.022$). The highest impact was the interaction effect of emotional self-awareness and self-compassion on histrionic PD ($\beta=-1.374, p=0.027$), and the lowest influence was the interaction effect of emotional self-awareness and self-compassion on schizoid PD ($\beta=1.301, p=0.034$).

Conclusion: Low levels of emotional self-awareness and self-compassion together can generate schizoid PD. This association is inverse for the histrionic and obsessive-compulsive PDs, i.e., due to inaccurate response to the questionnaires and the desire to present themselves as perfect. Furthermore, a low level of self-compassion can be a basis for schizotypal and borderline as well as a group of other PDs; thus, we can predict the scores of these PDs on this basis.

Keywords: Personality disorder, Emotional self-awareness, Self-Compassion.

پیش‌بینی نمرات اختلال‌های شخصیت از طریق خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود

نیما چپر دارا^۱، *محبوبه طاهر^۲، حمیدرضا وطن‌خواه کورنده^۳، عباسعلی حسین‌خانزاده فیروزجاه^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

*وابانامه نویسنده مسئول: Mahboobe.taher@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۶ شهریور ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۳ آبان ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: کمبود خودآگاهی هیجانی در مبتلایان به اختلال‌های شخصیت باعث می‌شود به ندرت اقدام به درمان نمایند و به علل ثانوی برآمده از اختلال‌های شخصیت توجه کنند. از طرف دیگر کمبود شفقت به خود در این مبتلایان، موجب شکل‌گیری پژوهش حاضر با هدف بررسی توأمان این دو عامل در پیش‌بینی نمرات اختلال‌های شخصیت شد. **روش بررسی:** این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری را مبتلایان به اختلال شخصیت در تهران تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۸ و ابتدای سال ۱۳۹۹ به یکی از مراکز خدمات روان‌شناختی مراجعه کردند. از میان آن‌ها نمونه‌ای ۲۰۰ نفره به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون- ویرایش سوم (میلون، ۱۹۹۴)، مقیاس خودتأملی و بینش (گرنٹ و همکاران، ۲۰۰۲) و مقیاس شفقت به خود (نِف، ۲۰۰۳) بود. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ با سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود به صورت توأمان توان پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت اسکیزوئید (خودآگاهی هیجانی $p=0/007$ ، شفقت به خود $p=0/014$)، نمایشی (خودآگاهی هیجانی $p=0/010$ ، شفقت به خود $p=0/011$)، و سواسی-جبری (خودآگاهی هیجانی $p=0/026$ ، شفقت به خود $p=0/005$) را داشت؛ همچنین شفقت به خود به تنهایی توان پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت اسکیزوتایپال ($p=0/006$)، مرزی ($p=0/022$) و گروه اختلال‌های شخصیت دیگر ($p<0/001$) را داشت.

نتیجه‌گیری: سطح کم خودآگاهی هیجانی و همچنین سطح کم شفقت به خود به صورت توأمان از عواملی هستند که می‌توانند بستری برای ظهور اختلال شخصیت اسکیزوئید باشند و نمرات این اختلال شخصیت را پیش‌بینی کنند، اما این رابطه درباره اختلال‌های شخصیت نمایشی و سواسی-جبری معکوس بود که ناشی از پاسخ‌گویی دقیق شرکت‌کنندگان در پژوهش به پرسشنامه‌ها و تمایل به بی‌نقص نشان دادن خود بود. همچنین شفقت به خود می‌تواند نمرات اختلال‌های شخصیت اسکیزوتایپال، مرزی و گروه اختلال‌های شخصیت دیگر را پیش‌بینی کند و هرچه میزان شفقت به خود کمتر باشد، نمرات این اختلال‌های شخصیت بیشتر است. **کلیدواژه‌ها:** اختلال شخصیت، خودآگاهی هیجانی، شفقت به خود.

گلدن^{۱۴} بیان می‌کند خودآگاهی هیجانی^{۱۵} توانایی تشخیص هر هیجان در خود به همان صورتی است که بروز می‌کند؛ این قابلیت سنگ بنای هوش هیجانی^{۱۶} را تشکیل می‌دهد و می‌دانیم توانایی نظارت بر احساسات و هیجان‌ها در هر لحظه برای به‌دست‌آوردن بینش روان‌شناختی و ادراک خویشتن تا چه اندازه نقشی تعیین‌کننده دارد (۵). بودن و برنجام در پژوهش خود بیان کردند خودآگاهی هیجانی شامل ابعادی از جمله وضوح هیجانی^{۱۷}، تمایز هیجان‌ها^{۱۸} و توجه به هیجان‌ها^{۱۹} است (۶). ریتزی و همکاران پژوهشی درباره مبتلایان به اختلال‌های شخصیت خودشیفته، نمایشی و مرزی با هدف بررسی نقایص در آگاهی به احساسات و ناگویی هیجانی^{۲۰} انجام دادند. آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که این افراد در مقایسه با افراد سالم عملکرد بسیار بدتری دارند (۷). نتایج پژوهش کول و همکاران نشان داد، بی‌ثباتی هیجانی و آگاهی هیجانی ضعیف از ویژگی‌های اساسی کارایی اختلال تنظیم هیجان در ارتباط با اختلال شخصیت مرزی است (۸). علاوه بر خودآگاهی هیجانی، شواهد پژوهشی حاکی از کاستی در شفقت به خود در افراد مبتلا به اختلال شخصیت است. شفقت به خود^{۲۱}، ساختاری نسبتاً نو در روان‌شناسی است که تاکنون توسط پیشگامانی همچون نف^{۲۲}، لاری^{۲۳} و گیلبرت^{۲۴} مطالعه شده است. نف سه مؤلفه را برای توصیف شفقت به خود در نظر گرفته است که ارتباط درونی باهم دارند. در مفهوم‌بندی نف هر مؤلفه شامل دو بخش است و در برابر هر جنبه مثبت یک مؤلفه، جنبه منفی قرار می‌گیرد. این سه مؤلفه عبارت است از: الف. مهربانی به خود در برابر خودداری؛ ب. وجه مشترک انسانی در برابر انزوا؛ ج. ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی (۹).

مک‌بت و گاملی در فراتحلیلی نشان دادند، سطوح کم شفقت به خود با سطوح شدید آسیب روانی همراه است (۱۰). نف در زمینه ارتباط شفقت به خود با حفظ حرمت خود بیان کرد که بین حفظ حرمت خود با خودشیفتگی ارتباط مثبت وجود دارد؛ در صورتی که این ارتباط با شفقت به خود دیده نمی‌شود (۱۱). در واقع شفقت به خود از حالت ناسالم و رقابت‌محور خودشیفتگی دور است. فاینلی-جونز و همکاران نشان دادند، شفقت به خود به‌طور معناداری ارتباط منفی با مشکلات در تنظیم هیجان و نشانه‌های استرس دارد (۱۲). همچنین دوساران‌وندرون در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که کم‌بودن سطح شفقت به خود با اختلال روان‌تنی^{۲۵} و ارتباط آن با علائم جسمی

اختلال شخصیت^۱، الگویی نابهنجار از خصوصیات و رفتار نسبتاً پایدار فرد است و با فاصله‌گیری از وضعیت بهنجار، با درجه بیشتری از نبود انعطاف و سازگاری در حیطه‌های افکار، احساسات، رفتار و روابط بین‌فردی مشخص می‌شود که در طول زمان و در موقعیت‌های مختلف پایدار می‌مانند و از انتظارات فرهنگ دور هستند (۱). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ (DSM-V) اختلال شخصیت را الگوی بادوام تجربه درونی و رفتار تعریف می‌کند که به‌گونه‌ای درخور توجه از انتظارات فرهنگ شخص منحرف است و فراگیر و انعطاف‌ناپذیر است؛ همچنین در طول زمان پایداری دارد و موجب رنج و اختلال می‌شود و شروع آن در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی است (۲).

اختلال‌های شخصیت بر اساس شباهت‌های توصیفی در سه گروه طبقه‌بندی شده است: گروه الف، اختلال‌های شخصیت پارانوئید^۳، اسکیزوئید^۴ و اسکیزوتایپال^۵ را شامل می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال‌ها غالباً عجیب و غریب یا نامتعارف به‌نظر می‌رسند؛ گروه ب، اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی^۶، مرزی^۷، نمایشی^۸ و خودشیفته^۹ را در بر می‌گیرد. اشخاص مبتلا به این اختلال‌ها غالباً نمایشی، هیجانی یا دچار بدتنظیمی هیجانی و رفتاری به‌نظر می‌رسند؛ گروه ج، اختلال‌های شخصیت دوری‌جو^{۱۰}، وابسته^{۱۱} و وسواسی-جبری^{۱۲} را شامل می‌شود. مبتلایان به این اختلال‌ها غالباً مضطرب یا بیمناک به‌نظر می‌رسند. در کنار این سه گروه، دسته‌ای نیز وجود دارد که کاملاً با ویژگی‌های مذکور تطبیق ندارد و با عنوان اختلال‌های شخصیت دیگر^{۱۳} شناخته می‌شود (۲). از آنجاکه رفتار افراد مبتلا به اختلال شخصیت از وضعیت بهنجار جامعه فاصله زیادی دارد، نتایج پژوهش خانجانی و همکاران از جهت فرهنگی درخور توجه است. آن‌ها بیان کردند پذیرش افراد گروه ب، در مقایسه با گروه ج، به‌طور خاص در فرهنگ ایران از جانب مردم دشوارتر است و بار منفی تری دارد (۳).

از جمله موارد بنیادینی که در صورت وجود اختلال شخصیت می‌توان انتظار داشت، ضعف درخور توجه داشته باشد خودآگاهی هیجانی است. در واقع پژوهش‌ها نشان می‌دهد، اکثر افراد مبتلا به اختلال‌های شخصیت قادر به تشخیص و شناسایی مشکلاتشان نیستند؛ حتی اگر عواقب ویرانگری همچون رنج شخصی، روابط آسیب‌دیده و مشکلات بهداشتی داشته باشد (۴).

14. Goleman
15. Emotional self-awareness
16. Emotional intelligence
17. Emotional clarification
18. Emotional differentiation
19. Emotional attention
20. Alexithymia
21. Self-Compassion
22. Neff
23. Lary
24. Gilbert
25. Somatoform

1. Personality disorder
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition
3. Paranoid personality disorder
4. Schizoid personality disorder
5. Schizotypal personality disorder
6. Antisocial personality disorder
7. Borderline personality disorder
8. Histrionic personality disorder
9. Narcissistic personality disorder
10. Avoidant personality disorder
11. Dependent personality disorder
12. Obsessive-Compulsive personality disorder
13. Another personality disorders

و همچنین کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، رابطه دارد (۱۳). بنابراین ارتباط مستقیم کاستی در شفقت به خود با آسیب‌های روانی را در حوزه‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی می‌توان مشاهده کرد. در رابطه بین اختلال‌های شخصیت و شفقت به خود نیز پژوهش‌هایی صورت گرفته است. وجودداشتن شفقت به خود و خودانتقادگری زیاد با طیف وسیعی از اختلال‌های روانی از جمله اختلال شخصیت مرزی همراه است. براساس پژوهش دونالد و همکاران در زمینه مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، همبستگی مثبت بسیار قوی بین شفقت به خود و بهبودی بیماران وجود داشت و همچنین همبستگی منفی بسیار زیاد بین خودسرزنشگری و بهبودی بیماران مشاهده شد (۱۴). محمدی و همکاران نشان دادند، علائم مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی با نمره کلی شفقت به خود رابطه منفی و با خودداوری و انزوا رابطه مثبت دارد (۱۵). ورنر و همکاران نشان دادند، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی نمرات کمتری در شفقت به خود به دست می‌آورند (۱۶). همچنین مفیدبودن شیوه‌های افزایش شفقت به خود به منظور کاهش اضطراب اجتماعی مشخص شده است (۱۷)؛ بنابراین باتوجه به نزدیکی مقوله اضطراب اجتماعی و اختلال شخصیت دوری‌گزین، این پژوهش‌ها می‌توانند درخور توجه باشند.

از طرف دیگر، بین دو متغیر خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود رابطه مستقیم وجود دارد. نتایج پژوهش سیناوا و همکاران با هدف تحلیل همبستگی بین شفقت به خود و هوش هیجانی مشخص کرد، بین شفقت به خود و هوش هیجانی رابطه مثبت دیده می‌شود (۱۸). همچنین افشانی و ابویی در مطالعه‌ای نشان دادند که بین هوش هیجانی و شفقت به خود رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و در بین خرده‌مقیاس‌های هوش هیجانی، خودآگاهی (۲۹/۹۰) و مهارت‌های اجتماعی (۱۶/۱۸) به ترتیب میانگین بیشتر و کمتر را دارند (۱۹). پژوهش هفرنان و همکاران بر پرستاران با هدف بررسی رابطه شفقت به خود با هوش هیجانی نیز درخور توجه است. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که همبستگی مثبت بین شفقت به خود و هوش هیجانی با ضریب همبستگی ۰/۵۵ وجود دارد (۲۰). در پژوهش محمدی یوزباش‌کندی و همکاران مشخص شد که ابعاد مختلف شفقت به خود رابطه معناداری با میزان خودآگاهی هیجانی دارد؛ به‌گونه‌ای که هرچه میزان شفقت به خود بیشتر باشد میزان خودآگاهی هیجانی نیز بیشتر خواهد بود (۲۱). شاینر و همکاران نیز نشان دادند، شفقت به خود می‌تواند نقش میانجی را بین ذهن‌آگاهی و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی ایفا کند؛ همچنین شفقت به خود می‌تواند عاملی میانجی بین ذهن‌آگاهی و بی‌نظمی هیجانی باشد (۲۲).

بنابراین به‌نظر می‌رسد کاستی در خودآگاهی هیجانی در کنار سطح کم شفقت به خود به‌صورت توأمان، می‌تواند ظهور اختلال‌های شخصیت را پیش‌بینی کند. به عبارت دیگر، هرچه سطح خودآگاهی هیجانی کمتر باشد، شخص در برابر دریای درونی خود بیگانه‌تر است؛ این بیگانگی و فقدان بینش به‌عنوان یکی از ویژگی‌های مبتلایان به اختلال‌های

شخصیت، در کنار سطح کم شفقت به خود که مانع از داشتن نگاهی همدلانه و رفتاری مشفقانه با خود می‌شود و این نوع زیستن در مبتلایان به اختلال‌های شخصیت که بسیار دیده می‌شود، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده نمرات اختلال‌های شخصیت باشد.

اهمیت توجه به کاستی در خودآگاهی هیجانی و همچنین کاستی در شفقت به خود در پیش‌بینی‌کردن اختلال‌های شخصیت در پژوهش‌ها مغفول مانده است؛ بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی امکان پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت از طریق خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود است.

۲ روش بررسی

طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری را مراجعان دارای اختلال شخصیت به یکی از مراکز خدمات روان‌شناختی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ و ابتدای سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که از میان آن‌ها، ۲۰۰ نفر که پس از بررسی‌های اولیه مشکلی در پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش نداشتند، به‌روشنی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. دلاور معتقد است در مطالعات همبستگی حجم نمونه حداقل باید ۵۰ نفر باشد (۲۳). مراجعان با تکمیل‌کردن پرسشنامه اول یعنی پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون-ویرایش سوم^۱ (۲۴) به‌منظور سنجش اختلال‌های شخصیت بررسی شدند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش بدین ترتیب بود که افراد دارای درک دقیق از مواد پرسشنامه‌ها و پاسخ‌گویی دقیق‌تر به آن‌ها انتخاب شدند و افرادی که در پاسخ‌گویی به پرسشنامه اول به‌منظور تشخیص‌گذاری اختلال‌های شخصیت به‌صورتی اغراق‌شده پاسخ دادند، از پژوهش حذف شدند. شرکت‌کنندگان در پژوهش پس از تکمیل پرسشنامه اول، مقیاس خودتأملی و بینش^۲ (۲۵) را به‌منظور سنجش خودآگاهی هیجانی و مقیاس شفقت به خود^۳ (۹) را برای سنجش میزان شفقت به خود تکمیل کردند.

در این پژوهش از ابزارهای زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون-ویرایش سوم: ویرایش سوم پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون در سال ۱۹۹۴ توسط میلون ساخته شد (۲۴). هدف از ساخت این پرسشنامه، ایجاد مقیاسی خودسنجی برای تصمیم‌گیری بالینی و تشخیص ابتلای آزمودنی به اختلالی ویژه یا وجود ویژگی روان‌شناختی خاصی بود. این آزمون ۱۷۵ گویه بلی/خیر دارد و یازده الگوی بالینی شخصیت شامل شخصیت اسکیزوئید، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، آزارگر-دیگرآزار، سواسی، منفی‌گرا و شخصیت آزارگر-خودآزار و سه الگوی آسیب‌شدید شخصیت شامل شخصیت اسکیزوتایپال، مرزی و پارنوئید را در کنار نشانگان بالینی افراد می‌سنجد؛ همچنین این آزمون تنها برای بزرگسالان بیشتر از ۱۸ سال استفاده می‌شود و کسب نمره ۸۵ و بیشتر در آن به‌عنوان وجود اختلال شخصیت در آزمودنی در نظر گرفته می‌شود (۲۴). چوکا پایایی این پرسشنامه را با شیوه آزمون‌بازآزمون بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ و ضریب آلفای آن را بین ۰/۶۶

3. Self-Compassion Scale (SCS)

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory 3 (MCMI-III)

2. The Self-Reflection and Insight Scale

تا ۰/۹۰ گزارش کرد (۲۶). چگنی و همکاران در پژوهشی برای تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون- ویرایش سوم به این نتیجه رسیدند که پایایی پرسشنامه به‌روش آزمون-بازآزمون در گروه بیمار (۰/۷۹۳-۰/۶۱۱) و در گروه غیربیمار (۰/۹۷۲-۰/۷۹۵) و پایایی به‌روش آلفای کرونباخ (۰/۸۹-۰/۶۴) است. توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌های شخصیتی (۰/۴۷-۰/۱۳) و مقیاس‌های بالینی (۰/۷۸-۰/۳۳)، توان پیش‌بینی منفی آزمون (۰/۹۹-۰/۹۱) و توان تشخیص کل (۰/۹۷-۰/۷۷) به‌دست آمد (۲۷).

- مقیاس خودتأملی و بینش: مقیاس خودتأملی و بینش توسط گرت و همکاران در سال ۲۰۰۲ ساخته شد (۲۵). هدف از ساخت این مقیاس سنجش میزان خودآگاهی هیجانی بود. این مقیاس دارای ۳۳ گویه و شامل ۵ خرده‌مقیاس است. پاسخ‌گویان این ابزار را در طیف ۵ درجه‌ای لیکرتی از هرگز (معادل کد صفر) تا خیلی زیاد (معادل کد چهار) پاسخ می‌دهند (۲۵). کاتر و همکاران علاوه بر سنجش روایی صوری و محتوایی آن، پایایی مقیاس خودتأملی و بینش را براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ گزارش کردند (۲۸). در پژوهش مهنا و طالع‌پسند اعتبار این مقیاس براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ بود (۲۹).

- مقیاس شفقت به خود: مقیاس شفقت به خود در سال ۲۰۰۳ توسط نف ساخته شد (۹). هدف از ساخت این مقیاس سنجش میزان شفقت به خود بود. این مقیاس ۲۶ گویه دارد و دارای ۶ خرده‌مقیاس خودمهربانی، خوددآوری، ویژگی مشترک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و بیش‌هماندسازی است که در طیف ۵ درجه‌ای لیکرتی (تقریباً هرگز=صفر تا تقریباً همیشه=۴) به ارزیابی نظر پاسخ‌گویان می‌پردازد و ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس ۰/۹۳ است (۹). در مطالعه نف

و همکاران ضریب آلفای کرونباخ مقیاس در تایلد و تایوان ۰/۸۶ و در آمریکا ۰/۹۵ گزارش شد (۳۰). در پژوهش حسین‌خانزاده و همکاران آلفای کرونباخ شفقت به خود ۰/۶۵ به‌دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های خودمهربانی، خوددآوری و ویژگی مشترک انسانی به‌ترتیب ۰/۶۴، ۰/۵۵ و ۰/۵۸ بود (۳۱).

شرکت‌کنندگان با پرکردن رضایت‌نامه کتبی، رضایت آگاهانه خود را از انجام پژوهش اعلام داشتند. در طی فرایند پژوهش، رضایت و همکاری آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش جلب شد و تمامی اصول اخلاقی مانند امانت‌داری، رازداری و تحلیل اطلاعات به‌صورت گروهی رعایت شد.

به‌منظور تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. نرم‌افزار استفاده‌شده SPSS نسخه ۲۴ و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

از ۲۰۰ نفر مشارکت‌کننده ۵۴ نفر (۲۷ درصد) مرد و ۱۴۶ نفر (۷۳ درصد) زن بودند. سطح تحصیلات مشارکت‌کنندگان پژوهش به این شرح بود: ۹ نفر (۴/۵ درصد) دارای مدرک کمتر از دیپلم؛ ۹۰ نفر (۴۵ درصد) دیپلم؛ ۱۶ نفر (۸ درصد) فوق‌دیپلم؛ ۷۰ نفر (۳۵ درصد) لیسانس؛ ۱۵ نفر (۷/۵ درصد) فوق‌لیسانس و بیشتر. همچنین ۱۱۲ نفر (۵۶ درصد) از مشارکت‌کنندگان شاغل و ۸۸ نفر (۴۴ درصد) از مشارکت‌کنندگان فاقد شغل رسمی بودند.

در جدول ۱، شاخص‌های میانگین، انحراف معیار، کمینه، بیشینه و نتایج آزمون نرمالیتی کولموگروف-اسمیرنوف ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، کمینه، بیشینه و آزمون نرمالیتی کولموگروف-اسمیرنوف متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	آزمون کولموگروف-اسمیرنوف	مقدار احتمال
خودآگاهی هیجانی	۷۲/۷۲	۱۳/۶۸	۲۷	۱۰۷	آماره	۰/۲۰۰
شفقت به خود	۷۲/۵۲	۱۲/۵۷	۴۷	۹۷	آماره	۰/۱۳۳
اختلال شخصیت اسکیزوئید	۳۸/۷۱	۲۱/۶۷	۱	۸۲	آماره	۰/۱۰۹
اختلال شخصیت پارانوئید	۳۸/۳۸	۱۸/۷۰	۱	۷۵	آماره	۰/۱۷۸
اختلال شخصیت اسکیزوتایپال	۵۷/۴۳	۱۸/۱۵	۲	۷۵	آماره	۰/۱۰۸
اختلال شخصیت نمایشی	۷۰/۷۲	۳۰/۵۵	۱	۱۲۳	آماره	۰/۰۹۹
اختلال شخصیت مرزی	۵۲/۵۱	۱۷/۱۹	۷	۱۰۰	آماره	۰/۱۴۸
اختلال شخصیت خودشیفته	۱۸/۳۹	۲۰/۹۱	۱	۸۴	آماره	۰/۰۸۷
اختلال شخصیت ضداجتماعی	۲۶/۳۹	۱۸/۲۴	۳	۷۰	آماره	۰/۱۰۲
اختلال شخصیت وابسته	۳۰/۴۹	۲۴/۹۸	۳	۹۱	آماره	۰/۰۹۷
اختلال شخصیت دوری‌گزین	۵۸/۴۶	۱۹/۸۱	۱	۹۰	آماره	۰/۰۶۴
اختلال شخصیت وسواسی-جبری	۹۰/۵۱	۲۳/۹۷	۷	۹۸	آماره	۰/۱۲۱
اختلال‌های شخصیت دیگر	۹۷/۷۱	۲۰/۹۹	۱۲	۱۱۳	آماره	۰/۱۷۲

داده‌های پژوهش نرمال هستند؛ بنابراین می‌توان از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه استفاده کرد.

براساس نتایج جدول ۱ و باتوجه به مقدار احتمال آزمون نرمالیتی کولموگروف-اسمیرنوف که بیشتر از ۰/۰۵ بود، می‌توان نتیجه گرفت که

در جدول ۲، ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش با تک تک خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود به طور معکوس با نمره اختلال‌های شخصیت نشان داده شده است. یافته‌های بدست‌آمده از جدول ۲، حاکی از آن است که متغیرهای خودشیفته و وسواسی-جبری رابطه دارند.

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود با اختلال‌های شخصیت

متغیر	خودآگاهی هیجانی	شفقت به خود
اختلال شخصیت اسکیزوئید	-۰/۲۹۰	-۰/۲۱۷
اختلال شخصیت پارانوئید	-۰/۲۳۳	-۰/۲۳۵
اختلال شخصیت اسکیزوتایپال	-۰/۲۴۶	-۰/۴۴۶
اختلال شخصیت نمایشی	۰/۲۱۴	۰/۲۰۴
اختلال شخصیت مرزی	-۰/۲۵۲	-۰/۴۳۸
اختلال شخصیت خودشیفته	۰/۱۵۴	۰/۳۴۹
اختلال شخصیت ضداجتماعی	-۰/۳۰۶	-۰/۲۰۱
اختلال شخصیت وابسته	-۰/۳۰۶	-۰/۴۵۲
اختلال شخصیت دوری‌گزین	-۰/۱۸۰	-۰/۲۷۵
اختلال شخصیت وسواسی-جبری	۰/۳۰۸	۰/۴۳۷
اختلال‌های شخصیت دیگر	-۰/۳۰۷	-۰/۵۷۶

در جدول ۳، خلاصه رگرسیون خطی چندگانه اختلال‌های شخصیت براساس خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود گزارش شده است.

جدول ۳. خلاصه رگرسیون خطی چندگانه اختلال‌های شخصیت براساس خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R ² تعدیل شده	ضرایب غیراستاندارد		T	مقدار احتمال
			برآورد اثر	خطای معیار برآورد		
اختلال شخصیت اسکیزوئید	خودآگاهی	۰/۱۰۹	-۱/۶۹۶	۰/۶۲۳	-۲/۷۲۳	۰/۰۰۷
	شفقت به خود		-۱/۵۶۷	۰/۶۳۴	-۲/۴۷۳	۰/۰۱۴
اختلال شخصیت پارانوئید	اثر متقابل	۰/۰۷۱	۰/۰۱۸	۰/۰۰۸	۲/۱۳۲	۰/۰۳۴
	خودآگاهی		-۰/۵۸۱	۰/۵۴۹	-۱/۰۵۹	۰/۲۹۱
اختلال شخصیت اسکیزوتایپال	شفقت به خود	۰/۲۰۸	-۰/۶۱۱	۰/۵۵۸	-۱/۰۹۵	۰/۲۷۵
	اثر متقابل		۰/۰۰۵	۰/۰۰۷	۰/۶۲۹	۰/۵۳۰
اختلال شخصیت نمایشی	خودآگاهی	۰/۰۷۵	-۰/۹۶۳	۰/۴۹۲	-۱/۹۵۷	۰/۰۵۲
	شفقت به خود		-۱/۴۰۳	۰/۵۰۰	-۲/۸۰۵	۰/۰۰۶
اختلال شخصیت مرزی	اثر متقابل	۰/۰۷۵	۰/۰۱۱	۰/۰۰۷	۱/۶۶۶	۰/۰۹۷
	خودآگاهی		۲/۳۱۵	۰/۸۹۴	۲/۵۸۹	۰/۰۱۰
اختلال شخصیت خودشیفته	شفقت به خود	۰/۲۰۰	۲/۳۴۲	۰/۹۰۹	۲/۵۷۵	۰/۰۱۱
	اثر متقابل		-۰/۰۲۷	۰/۰۱۲	-۲/۲۱۰	۰/۰۲۷
اختلال شخصیت ضداجتماعی	خودآگاهی	۰/۱۱۱	-۰/۷۰۹	۰/۴۶۸	-۱/۵۱۵	۰/۱۳۱
	شفقت به خود		-۱/۱۰۳	۰/۴۷۶	-۲/۳۱۶	۰/۰۲۲
اختلال شخصیت وابسته	اثر متقابل	۰/۲۲۲	۰/۰۰۸	۰/۰۰۶	۱/۱۹۶	۰/۲۳۳
	خودآگاهی		۰/۳۰۰	۰/۶۰۰	۰/۴۹۹	۰/۶۱۸
اختلال شخصیت خودشیفته	شفقت به خود	۰/۱۱۱	۰/۷۸۲	۰/۶۱۰	۱/۲۸۱	۰/۲۰۲
	اثر متقابل		-۰/۰۰۳	۰/۰۰۸	-۰/۳۸۰	۰/۷۰۴
اختلال شخصیت ضداجتماعی	خودآگاهی	۰/۱۱۱	-۰/۸۲۶	۰/۵۲۳	-۱/۵۷۹	۰/۱۱۶
	شفقت به خود		-۰/۷۴۷	۰/۵۳۲	-۱/۴۰۲	۰/۱۶۲
اختلال شخصیت وابسته	اثر متقابل	۰/۲۲۲	۰/۰۰۷	۰/۰۰۷	۰/۹۵۲	۰/۳۴۲
	خودآگاهی		-۰/۳۸۳	۰/۶۷۱	-۰/۵۷۱	۰/۵۶۸
اختلال‌های شخصیت دیگر	شفقت به خود	۰/۸۳۹	۰/۶۸۲	-۱/۲۳۱	۰/۲۲۰	

۰/۹۳۶	۰/۰۸۱	۰/۰۴۶	۰/۰۰۹	۰/۰۰۱	اثر متقابل	
۰/۵۶۴	-۰/۵۷۸	-۰/۲۳۲	۰/۵۸۱	-۰/۳۳۶	خودآگاهی	اختلال شخصیت
۰/۳۳۷	-۰/۹۶۳	-۰/۳۶۱	۰/۵۹۱	-۰/۵۶۹	شفقت به خود	دوری‌گزین
۰/۷۴۶	۰/۳۲۴	۰/۲۰۲	۰/۰۰۸	۰/۰۰۳	اثر متقابل	
۰/۰۲۶	۲/۲۳۹	۰/۸۲۲	۰/۶۴۳	۱/۴۴۰	خودآگاهی	اختلال شخصیت
۰/۰۰۵	۲/۸۱۸	۰/۹۶۷	۰/۶۵۴	۱/۸۴۳	شفقت به خود	وسواسی-جبری
۰/۰۸۱	-۱/۷۵۲	-۰/۹۹۸	۰/۰۰۹	-۰/۰۱۵	اثر متقابل	
۰/۰۵۲	-۱/۹۵۶	-۰/۶۵۸	۰/۵۱۶	-۱/۰۰۹	خودآگاهی	اختلال‌های
<۰/۰۰۱	-۳/۲۳۱	-۱/۰۱۶	۰/۵۲۵	-۱/۶۹۶	شفقت به خود	شخصیت دیگر
۰/۱۱۹	۱/۵۶۷	۰/۸۱۸	۰/۰۰۷	۰/۰۱۱	اثر متقابل	

پیش‌بینی می‌کند (۱۵).

در نتایج به‌دست‌آمده سه استثناء ملاحظه شد و شامل اختلال شخصیت وسواسی-جبری، نمایشی و خودشیفته بود که در آن‌ها کاستی در خودآگاهی هیجانی با ظهور این اختلال‌های شخصیت رابطه مستقیم نداشت؛ همچنین کاستی در شفقت به خود با ظهور این اختلال‌های شخصیت دارای رابطه مستقیم نبود؛ بلکه به‌نظر رسید هرچه این دو متغیر بیشتر باشند این اختلال‌های شخصیت نیز بیشتر ظهور خواهند کرد. این یافته‌ها با بخشی از پژوهش ریتزی و همکاران همسو نیست که نشان دادند مبتلایان به اختلال‌های شخصیت خودشیفته، نمایشی و مرزی کمبود شدیدی در آگاهی به هیجان‌ها و ناگویی هیجانی دارند (۷). در تبیین این موضوع می‌توان بیان کرد، در اختلال شخصیت وسواسی-جبری، تمرکز بیش‌ازحد بر جزئیات در پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها، در کنار کمال‌گرایی این افراد که گویای گره‌زدن احساس خودارزش‌مندی آن‌ها با بی‌نقص بودن است، پذیرش نقص موجب اضطراب آنان می‌شود؛ همان‌گونه که این اختلال شخصیت در دسته مضطرب و بی‌مناک قرار دارد که اضطرابی مداوم را با آن‌ها به‌همراه خواهد داشت (۲). همچنین خانجانی و همکاران در پژوهش خود اشاره کردند افراد مبتلا به گروه ب اختلال‌های شخصیت، به دلایل فرهنگی بار منفی‌تری را در جامعه ما حمل می‌کنند. افراد دارای اختلال شخصیت نمایشی، با ریاکاری و اغواگری و افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته با نبود همدلی و خودبزرگ‌بینی شناخته می‌شوند که باعث می‌شود مردم دید منفی‌تری به آن‌ها پیدا کنند. موضوعات مذکور موجب می‌شود این افراد در پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌های خودسنجی صداقت کافی نداشته باشند. همچنین، گرایش این دو اختلال شخصیت (نمایشی و خودشیفته) به برتر نشان دادن خود ازجمله عواملی است که می‌تواند موجب نبود صداقت در پاسخ‌گویی باشد (۳)؛ بنابراین ممکن است واجدین هر سه اختلال شخصیت هرکدام با دلایلی متفاوت تمایل به بی‌نقص نشان دادن خود داشته باشند.

نتایج رگرسیون مشخص کرد خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود به‌صورت توأمان امکان پیش‌بینی نمرات اختلال‌های شخصیت اسکیزوئید، نمایشی و وسواسی-جبری را دارند. همچنین شفقت به خود به‌تنهایی امکان پیش‌بینی نمرات اختلال‌های شخصیت اسکیزوتایپال، مرزی و گروه اختلال‌های شخصیت دیگر را دارد. لازم

باتوجه به نتایج جدول ۳، خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود به‌صورت توأمان توان پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت اسکیزوئید، نمایشی و وسواسی-جبری را دارند. همچنین شفقت به خود توان پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت اسکیزوتایپال، مرزی و گروه اختلال‌های شخصیت دیگر را دارد. R^2 تعدیل‌شده بیشتر، مربوط به گروه اختلال‌های شخصیت دیگر (۰/۳۴۸) و R^2 تعدیل‌شده کمتر، مربوط به اختلال شخصیت پارانوئید (۰/۰۷۱) است.

همچنین در محدوده‌ای که نتایج معنادار شد، بیشترین اندازه اثر خودآگاهی هیجانی بر اختلال شخصیت اسکیزوئید ($p=۰/۰۰۷$)، بیشترین اندازه اثر متقابل خودآگاهی هیجانی بر اختلال شخصیت وسواسی-جبری ($\beta=۰/۸۲۲$, $p=۰/۰۲۶$) بود. بیشترین اندازه اثر شفقت به خود بر گروه اختلال‌های شخصیت دیگر ($\beta=-۱/۰۱۶$, $p<۰/۰۰۱$) و کمترین اندازه اثر شفقت به خود بر اختلال شخصیت مرزی ($\beta=-۰/۸۰۷$, $p=۰/۰۲۲$) بود. بیشترین اندازه اثر متقابل خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود، بر اختلال شخصیت نمایشی ($\beta=-۱/۳۷۴$, $p=۰/۰۲۷$) و کمترین اندازه اثر متقابل خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود بر اختلال شخصیت اسکیزوئید ($\beta=۱/۳۰۱$, $p=۰/۰۳۴$) بود.

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی امکان پیش‌بینی نمرات اختلال‌های شخصیت از طریق خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود بود. نتایج همبستگی متغیرهای پژوهش نشان داد، هرچه خودآگاهی هیجانی کمتر باشد، ظهور اختلال شخصیت بیشتر خواهد بود. این نتیجه با پژوهش‌هایی ازجمله پژوهش کنستانتاکوپولس منطبق است که خودآگاهی هیجانی کم را در افراد مبتلا به اختلال‌های شخصیت مشاهده کرد (۴). همچنین براساس پژوهش حاضر مشخص شد، هرچه میزان شفقت به خود کمتر باشد، اختلال شخصیت بیشتر ظهور خواهد نمود. این یافته با پژوهش محمدی و همکاران بر مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی به‌منظور بررسی رابطه شفقت به خود با اختلال شخصیت مرزی همسوست. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که علائم شخصیت مرزی با نمره کلی شفقت به خود رابطه معکوس و با خودداوری و انزوا رابطه مثبت دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۴۰ درصد از واریانس علائم شخصیت مرزی را شفقت به خود

به ذکر است که پیش‌بینی‌پذیری نمرات دو اختلال شخصیت نمایشی و وسواسی-جبری براساس خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود با پیش‌بینی‌پذیری نمرات اختلال شخصیت اسکیزوئید معکوس است؛ به این صورت که هرچه سطح خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود بالاتر باشد، میزان بروز اختلال‌های شخصیت نمایشی و وسواسی-جبری بیشتر خواهد بود؛ درحالی‌که هرچه سطح خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود پایین‌تر باشد، میزان بروز اختلال شخصیت اسکیزوئید بیشتر خواهد بود. این وضعیت خلاف انتظار دربارهٔ دو اختلال شخصیت نمایشی و وسواسی-جبری به دلایلی که در فوق اشاره شد، تبیین شدنی است.

در تبیین رابطهٔ معکوس خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود با اختلال شخصیت می‌توان بیان داشت، شفقت‌ورزیدن با خود و رواداری با خویشتن می‌تواند آرامش و ثباتی را در درون ایجاد کند که بستر درک عمیق‌تر و حقیقی‌تر از خود می‌شود و هرگونه خودآگاهی و خصوصاً خودآگاهی هیجانی را گسترش و عمق دهد. این امر کاملاً با پژوهش محمدی یوزباش کندی و همکاران هم‌راستا است که نشان دادند ابعاد مختلف شفقت به خود رابطهٔ معناداری با میزان خودآگاهی هیجانی دارد؛ به‌گونه‌ای که هرچه میزان شفقت به خود بیشتر باشد، میزان خودآگاهی هیجانی نیز بیشتر خواهد بود (۲۱)؛ این امر کاملاً در نقطهٔ مقابل مبتلایان به اختلال شخصیت است که از خودآگاهی عمیق به خود محروم هستند؛ درواقع رفتار مشفقانه با خود عاملی برای آگاهی عمیق‌تر از هیجان‌ات و تنظیم آن‌ها می‌شود؛ درحالی‌که سطح کم شفقت به خود باعث می‌شود فرد از داشتن نظری بی‌قضاوت، خالص و همدلانه دربارهٔ خود محروم شود. این محرومیت موجب می‌شود سطح خودآگاهی هیجانی کاهش یابد و او با دنیای خویشتن غریبه شود؛ زیرا آگاهی به هیجان‌ها و دنیای درونی مستلزم این است که نگاهی عاری از قضاوت، سرزنش و شماتت در فرد وجود داشته باشد؛ به‌علاوه، سطح کم شفقت به خود مانع از آن می‌شود که فرد برای خود اهمیت و ارزشی قائل باشد که بخواهد به خود نظر کند و راه خودآگاهی را در پیش بگیرد تا مشکلات روان‌شناختی خود را حل و فصل کند؛ این دو دلیل می‌تواند بستری برای ظهور اختلال‌های شخصیت شوند؛ همان‌گونه که دونالد و همکاران بیان کردند، در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، همبستگی مثبت بسیار قوی بین شفقت به خود و بهبودی وجود دارد و همچنین همبستگی منفی بسیار زیاد بین خودسرزنشگری و بهبودی آن‌ها مشاهده می‌شود (۱۴). در همین راستا نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که عامل شفقت به خود به‌تنهایی نیز می‌تواند نمرات اختلال‌های شخصیت مرزی، اسکیزوتایپال و گروه اختلال‌های شخصیت دیگر را پیش‌بینی کند. از طرف دیگر، سطح خودآگاهی هیجانی بیشتر، می‌تواند بستری برای امکان رفتار مشفقانه با خویشتن شود. همان‌گونه که افشانی و ابویی در مطالعهٔ خود نشان دادند، بین هوش هیجانی و شفقت به خود رابطهٔ مستقیم و معنادار وجود دارد و در بین خرده‌مقیاس‌های هوش هیجانی، خودآگاهی میانگین بیشتری دارد (۱۹). وقتی که فرد به احساسات و هیجان‌های خویش ببیند عمیق‌تری داشته باشد و بتواند خود را درک کند، طبعاً همدلی و مهربانی افزون‌تری را با خود در پیش خواهد گرفت. این امر

می‌تواند سطح شفقت به خود را افزایش دهد و در نتیجه مانعی برای ظهور اختلال‌های شخصیت شود.

درنهایت نتایج نشان داد همراهی توأمان دو عامل خودآگاهی هیجانی و شفقت به خود، صرف‌نظر از نوع تأثیرگذاری بر یکدیگر، توانست نمرات اختلال‌های شخصیت اسکیزوئید، نمایشی و وسواسی-جبری را پیش‌بینی کند و عامل شفقت به خود نیز به‌تنهایی توانست نمرات اختلال‌های شخصیت مرزی، اسکیزوتایپال و گروه اختلال‌های شخصیت دیگر را پیش‌بینی کند.

دربارهٔ محدودیت‌های پژوهش باید بیان کرد که متکی بودن این پژوهش بر شیوهٔ خودسنجی، محدودیت مهم‌تر پژوهش حاضر است و این امکان وجود دارد که برخی از شرکت‌کنندگان پاسخ‌گویی کاملاً صادقانه نداشته باشند؛ همچنان‌که در تبیین یکی از مطالب در قبل بدان اشاره شد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از شیوه‌های دیگری علاوه بر خودسنجی استفاده شود. به‌علاوه، از آنجا که تنها از مراجعان یک مرکز به‌عنوان جامعهٔ نمونه استفاده شد، باید در تعمیم یافته‌ها دقت کرد و بهتر است افراد در حوزه‌های مختلف و با شیوه‌هایی فراتر از خودسنجی، سنجش شوند.

۵ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد سطح کم خودآگاهی هیجانی و همچنین سطح کم شفقت به خود به‌صورت توأمان از عواملی هستند که می‌توانند بستری برای ظهور اختلال شخصیت اسکیزوئید باشند و نمرات این اختلال شخصیت را پیش‌بینی کنند، این رابطه در مورد اختلال‌های شخصیت نمایشی و وسواسی-جبری معکوس بود که ناشی از پاسخ‌گون نبودن دقیق شرکت‌کنندگان در پژوهش به پرسشنامه‌ها و تمایل به بی‌نقص نشان‌دادن خود بود؛ همچنین شفقت به خود توانست نمرات اختلال‌های شخصیت اسکیزوتایپال، مرزی و گروه اختلال‌های شخصیت دیگر را پیش‌بینی کند و هرچه میزان شفقت به خود کمتر باشد، نمرات این اختلال‌های شخصیت بیشتر است.

۶ تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و تمام افرادی که به‌نحوی مؤثر در انجام پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

شرکت‌کنندگان در پژوهش با پرکردن رضایت‌نامهٔ کتبی، رضایت آگاهانهٔ خود را از انجام پژوهش اعلام کردند؛ همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که امانت‌داری، رازداری و تمامی اصول اخلاقی که پژوهشگر ملزم به رعایت‌کردن است صورت خواهد گرفت و اطلاعات به‌شکل گروهی تحلیل خواهد شد.

رضایت‌نامهٔ انتشار

غیر قابل اجرا است.

تراحم منافع

این مقاله استخراج‌شده از رسالهٔ دکتری تخصصی نویسندهٔ اول در

رشته روان‌شناسی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود با کد
 ۱۰۴۴۸۴۵۷۹۹۳۹۷۸۶۱۳۹۷۱۶۲۲۵۲۶۰۳ است. نویسندگان اعلام
 می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.
 منابع مالی
 این پژوهش با هزینه شخصی و بدون هیچ‌گونه حمایت مالی از سازمان
 یا نهادی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان
 نویسنده اول جمع‌آوری داده‌ها و نوشتن مقاله را بر عهده داشت.
 نویسنده دوم به‌عنوان استاد راهنمای اول پژوهش، نویسنده سوم
 به‌عنوان استاد راهنمای دوم پژوهش و نویسنده چهارم به‌عنوان استاد
 مشاور پژوهش همکاری داشتند.

References

- Hockenbury SE, Hockenbury DH. *Discovering psychology*. 7th edition. New York: Worth Publishers; 2016.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
- Khanjani Z, Husseininasab SD, Kazemi A, Panahali A. Attachment styles and personality disorders: an analysis of the relationship between insecure attachment style and cluster B and C personality disorders. *Clinical Psychology Studies*. 2012;2(7):103–26. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_2070_b68339ccdc4744407759bfe5fa6c145b.pdf?lang=en
- Konstantakopoulos G. Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon. *Psychiatriki*. 2019;30(1):13–6. doi: [10.22365/jpsych.2019.301.13](https://doi.org/10.22365/jpsych.2019.301.13)
- Goleman D. *Emotional intelligence*. Khaghani Gh. (Persian translator). Tehran: Nasl-e-Noandish Pub; 2014.
- Bodena MT, Berenbaum H. What you are feeling and why: two distinct types of emotional clarity. *Pers Individ Dif*. 2011;51(5):652–6. doi: [10.1016/j.paid.2011.06.009](https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.009)
- Ritzl A, Csukly G, Balázs K, Égerházi A. Facial emotion recognition deficits and alexithymia in borderline, narcissistic, and histrionic personality disorders. *Psychiatry Res*. 2018;270:154–9. doi: [10.1016/j.psychres.2018.09.017](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.017)
- Cole PM, Llera SJ, Pemberton CK. Emotional instability, poor emotional awareness, and the development of borderline personality. *Dev Psychopathol*. 2009;21(4):1293–310. doi: [10.1017/s0954579409990162](https://doi.org/10.1017/s0954579409990162)
- Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003;2(3):223–50. doi: [10.1080/15298860309027](https://doi.org/10.1080/15298860309027)
- MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(6):545–52. doi: [10.1016/j.cpr.2012.06.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003)
- Neff KD. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2003;2(2):85–101. doi: [10.1080/15298860309032](https://doi.org/10.1080/15298860309032)
- Finlay-Jones AL, Rees CS, Kane RT. Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PLoS One*. 2015;10(7):e0133481. doi: [10.1371/journal.pone.0133481](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133481)
- Dewsaran-van der Ven C, van Broeckhuysen-Kloth S, Thorsell S, Scholten R, De Gucht V, Geenen R. Self-compassion in somatoform disorder. *Psychiatry Res*. 2018;262:34–9. doi: [10.1016/j.psychres.2017.12.013](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.013)
- Donald F, Lawrence KA, Broadbear JH, Rao S. An exploration of self-compassion and self-criticism in the context of personal recovery from borderline personality disorder. *Australas Psychiatry*. 2019;27(1):56–9. doi: [10.1177/1039856218797418](https://doi.org/10.1177/1039856218797418)
- Mohammadi R, Khanjani S, Rajabi M. Relation of distress tolerance and self-compassion with symptoms of borderline personality in people with borderline personality disorder referred to one of the military hospitals. *Journal of Police Medicine*. 2015;4(3):191–200. [Persian] <http://teb.police.ir/teb/article-1-377-fa.pdf>
- Werner KH, Jazaieri H, Goldin PR, Ziv M, Heimberg RG, Gross JJ. Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety Stress Coping*. 2012;25(5):543–58. doi: [10.1080/10615806.2011.608842](https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842)
- Harwood EM, Kocovski NL. Self-compassion induction reduces anticipatory anxiety among socially anxious students. *Mindfulness*. 2017;8(6):1544–51. doi: [10.1007/s12671-017-0721-2](https://doi.org/10.1007/s12671-017-0721-2)
- Şenyuva E, Kaya H, Işık B, Bodur G. Relationship between self-compassion and emotional intelligence in nursing students. *Int J Nurs Pract*. 2014;20(6):588–96. doi: [10.1111/ijn.12204](https://doi.org/10.1111/ijn.12204)
- Afshani SA, Abooei A. Relationship between emotional intelligence and self-compassion among Yazd university students. *Journal of Applied Psychological Research*. 2017;8(3):47–68. [Persian] doi: [10.22059/japr.2017.65035](https://doi.org/10.22059/japr.2017.65035)
- Heffernan M, Quinn Griffin MT, Sister Rita McNulty null, Fitzpatrick JJ. Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *Int J Nurs Pract*. 2010;16(4):366–73. doi: [10.1111/j.1440-172x.2010.01853.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2010.01853.x)

21. Mohammadi Youzbashkandi F, Livarjani S, Hoseini Nasab D. The canonical analysis of self-compassion relation with emotional self-awareness among students of medical sciences. *Education Strategies in Medical Sciences*. 2019;11(6):121–8. [Persian] <http://edcbmj.ir/article-1-1924-en.pdf>
22. Scheibner HJ, Daniels A, Guendelman S, Utz F, Bermpohl F. Self-compassion mediates the relationship between mindfulness and borderline personality disorder symptoms. *J Pers Disord*. 2017;1–19. doi: [10.1521/pedi.2017.31.331](https://doi.org/10.1521/pedi.2017.31.331)
23. Delavar A. Mabani nazari va elmi pazhoohesh dar oloum ensani va ejtemaie [Theoretical and practical research in the humanities and social sciences]. Tehran: Roshd Pub; 2009. [Persian]
24. Millon T. Millon clinical Multiaxial Inventory–III manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1994.
25. Grant AM, Franklin J, Langford P. The self-reflection and insight scale: a new measure of private self-consciousness. *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2002;30(8):821–35. doi: [10.2224/sbp.2002.30.8.821](https://doi.org/10.2224/sbp.2002.30.8.821)
26. Choca J. Interpretive guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory. 3rd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
27. Chegini M, Delavar A, Garrayi B. Psychometric characteristics of millon clinical multiaxial inventory-III. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2013;8(29):135–62. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4278_d3999c77429569a5d998506e2337ba59.pdf
28. Kauer SD, Reid SC, Crooke AHD, Khor A, Hearps SJC, Jorm AF, et al. Self-monitoring using mobile phones in the early stages of adolescent depression: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2012;14(3):e67. doi: [10.2196/jmir.1858](https://doi.org/10.2196/jmir.1858)
29. Mohanna S, Talepasand S. The relationship between environmental supports and emotional self-awareness with academic engagement: the mediating role of educational well-being. *Iranian Journal of Medical Education*. 2016;16(0):31–42. [Persian] <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3795-en.pdf>
30. Neff KD, Pommier E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing mediators. *Self and Identity* 2013;12(2):160–76. doi: [10.1080/15298868.2011.649546](https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546)
31. Hossein Khanzadeh A, Taher M, Fallah Morteza Nejad Z, Seyyed Noori Z. Prediction of self-efficacy and self-esteem based on self-compassion. *Clinical Psychology and Personality*. 2020;14(1):33–42. [Persian] http://cpap.shahed.ac.ir/article_2757_6871c0cc7654030fb86c0e48141351fd.pdf