

اختلال شخصیت وسواسی و کمال گرایی: بررسی مروری

محمدعلی بشارت^۱، سیده اسما حسینی^۲

و حسینعلی جاها^۳

اختلال شخصیت وسواسی که برای اولین بار تقریباً بیش از ۱۰۰ سال پیش توسط فروید توصیف شد، به عنوان رایج‌ترین اختلال شخصیت در بین جمعیت عمومی شناخته شده‌است. این اختلال، با تخریب حداقل عملکرد روانی اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی رابطه دارد و بار اقتصادی قابل توجهی را تحمیل می‌کند. اختلال شخصیت وسواسی در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به عنوان الگوی نافذی از اشتغال ذهنی با نظم و ترتیب، کمال گرایی و کنترل ذهنی، دست دادن انعطاف‌پذیری، سعه صدر و کارایی تعریف شده است که از اوایل بزرگسالی شروع و در حوزه‌های گوناگون دیده می‌شود. کمال گرایی به عنوان تمایلی برای تنظیم و پیگیری معیارهای بالای غیرواقع‌بینانه و خودارزیابی‌های کاملاً انتقادی، یکی از ویژگی‌های مهم اختلال شخصیت وسواسی است. در مطالعه‌ی حاضر، اختلال شخصیت وسواسی با تأکید بر کمال گرایی به عنوان یکی از ویژگی‌های مهم آن مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج بررسی از این نقطه نظر حمایت می‌کند که در مشکلاتی که شک داشتن در مورد کارها و نگرانی در مورد اشتباه کردن وجود داشته باشد، تمرکز بر درمان برای کمال گرایی، می‌تواند به پاسخ‌های درمانی بهتر منجر شود. درک سایر متغیرهای مداخله‌کننده به نتایج پژوهش‌ها و کارهای بالینی کمک خواهد کرد.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت، وسواس، کمال گرایی، درمان

مقدمه

اختلال شخصیت وسواسی در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) الگوی نافذی از اشتغال ذهنی با نظم و ترتیب، کمال گرایی و کنترل ذهنی و بین فردی تعریف شده که به بهای از دست دادن انعطاف‌پذیری، سعه صدر و کارایی که از اوایل بزرگسالی شروع شده و در حوزه‌های گوناگون دیده می‌شود. اختلال شخصیت وسواسی شامل الگویی مزمن و ناسازگارانه از کمال گرایی مفرط، اشتغال زیاد به خط‌کشی‌ها و جزئیات و نیاز به

۱. دپارتمان روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. دپارتمان روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسوول) s.a.hosseini@alzahra.ac.ir

۳. دپارتمان مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یادگار امام خمینی (ره)، تهران، ایران

کنترل محیط است که به پریشانی یا اختلال قابل ملاحظه، مخصوصا در حوزه عملکردهای بین شخصی منتهی می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال، اغلب به عنوان افرادی سخت (انعطاف ناپذیر) و بسیار کنترل کننده شناخته می‌شوند؛ آنها استراحت را سخت می‌یابند؛ خود را ملزم می‌دانند فعالیت‌های هر دقیقه خود را برنامه‌ریزی کنند و زمان‌های بدون برنامه را غیرقابل تحمل می‌یابند (پیتو، ایزن، منسو و رسامسن، ۲۰۰۸). تعریف OCPD شبیه توصیف فروید (۱۹۰۸) از شخصیت مقعدی است (از دی‌راس و املکمپ، ۲۰۱۲).

با توجه به محدودیت‌هایی که در تعاریف مقوله ای از اختلالات شخصیت وجود دارد (کلارک، ۲۰۰۷)، رویکردهای ابعادی که منعکس کننده یک مدل توضیحی جامع باشند، مناسبتر تلقی می‌شوند. یافتن ماهیت رابطه بین صفات شخصیتی و OCD می‌تواند در مشخص کردن علت شناسی اختلال بر مبنای چشم انداز نظریه‌ای که معتقد است صفات شخصیتی خاص می‌توانند افراد را نسبت به شروع آن اختلال مستعد کنند، مفید باشد. از آنجایی که شخصیت و آسیب شناسی روانی رابطه‌ای پاتوپلاستیک^۱ با هم دارند (بشارت، ۱۹۹۷، ۲۰۰۸)؛ که در آن می‌توانند بر پدیدآیی یکدیگر اثر بگذارند، مرتبط کردن ابعاد شخصیتی با نشانه‌های OCD می‌تواند وسیله‌ای برای شناسایی فنوتیپ‌های همگن^۲ بیشتر آن اختلال (مانند تقسیم بندی OCD بر اساس وجود یا فقدان برخی صفات شخصیتی اصلی) باشد. پژوهش‌های مرتبط اخیر حاکی از آن است که کمال‌گرایی می‌تواند یک مولفه ژنتیکی داشته باشد (دی‌ناکرا، کلایزینگری، ترابالزا، ممزا و بویلاکوا، ۲۰۱۴). شناسایی زیرمجموعه‌های همگن OCD که یک مولفه ژنتیکی دارند، می‌تواند دستاوردهای ارزشمندی برای درمان‌های اختصاصی (درمان مخصوص برای هر فرد)، داشته باشند (پیتو و همکاران، ۲۰۱۷).

همه‌گیری شناسی

اختلال شخصیت و سواسی با شیوع تخمینی ۲/۱٪ تا ۷/۹٪ یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت در جمعیت عمومی است و در مردان حدودا ۲ برابر بیشتر از زنان به این اختلال تشخیص داده می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). هرچند برخی پژوهش‌ها نسبت‌های یکسانی را برای دو جنس بیان کرده‌اند (گرن و همکاران، ۲۰۱۲)، بقیه آن‌ها نسبت بالاتری را در مردان گزارش کرده‌اند (کوید، یانگ، تیرر، رابرتز و آلریچ، ۲۰۰۶؛ لایت و همکاران، ۲۰۰۶). OCPD در بزرگسالان جوان‌تر و در آسیایی‌ها و اسپانیایی‌تبارها کمتر رواج دارد (گرن و همکاران، ۲۰۱۲).

در مورد دوره OCPD، پژوهش‌های رو به افزایشی نشان می‌دهند که اختلالات شخصیتی شامل OCPD کمتر از آنچه عموماً فرض می‌شود، با ثبات و پایدار هستند (دیدریچ و وادرهالزر، ۲۰۱۵). در پژوهشی مشخص شد که اکثریت معناداری از افراد مبتلا به OCPD (۵۸٪) در یک پیگیری ۱۲ ماهه، ملاک‌های آستانه تشخیصی DSM-4 را نشان ندادند (شی و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهشی دیگر نسبت بهبودی ۳۸٪ را در یک دوره پیگیری ۲۴ ماهه گزارش کرد. در این پژوهش بهبودی چنین تعریف شده بود که فرد دو تا یا کمتر ملاک‌های OCPD را برای ۱۲ ماه پایایی داشته باشد (گریلو و همکاران، ۲۰۰۴الف). در مقابل این یافته‌ها، سایر داده‌ها حاکی از آن است که OCPD ثابت می‌ماند یا حتی با بالاتر رفتن سن بدتر می‌شود (آلریچ و کوید، ۲۰۰۹؛ دونند و همکاران، ۲۰۰۰).

اختلال‌های همبود

اختلال شخصیت وسواسی با تنوعی از وضعیت‌های روانی و جسمی همبودی (هم‌ابتلائی) دارد. پژوهش‌هایی که در جمعیت‌های غیربالینی انجام شده است، نشان داده‌اند که تشخیص OCPD در طول عمر به طور متوسط (۲۳-۲۴٪) در افرادی که تشخیص ۱۲ ماهه اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی (۲۴٪) و/یا اختلالات وابسته به مواد (۱۲-۲۵٪) دارند، مشاهده می‌شود. در میان بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی، تشخیص OCPD در طول عمر در افراد دارای تشخیص ۱۲ ماهه اختلال وحشتزدگی (۲۳-۳۸٪؛ گرت و همکاران، ۲۰۰۴، ۲۰۱۲)، اختلال اضطراب تعمیم یافته (۳۴٪؛ گرت و همکاران، ۲۰۰۵)، جامعه هراسی (۳۳٪؛ گرت و همکاران، ۲۰۰۴، ۲۰۱۲) و هراس خاص (۲۲٪؛ گرت و همکاران، ۲۰۰۵) شایع‌تر است. در میان بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، نسبت شیوع OCPD در طول عمر در افراد دارای تشخیص ۱۲ ماهه اختلالات خلقی تک قطبی (۲۳-۲۸٪) و دو قطبی (۲۶-۳۹٪) بیشتر است. در میان بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد، نسبت شیوع OCPD در طول عمر در افراد دارای تشخیص ۱۲ ماهه وابستگی به دارو و الکل (۱۵-۲۹٪) نسبت به افراد مبتلا به سومصرف دارو و الکل (۹-۱۳٪) بیشتر است (گرت و همکاران، ۲۰۰۴، ۲۰۱۲).

مطالعات روی نمونه‌های بالینی، نسبت شیوع متوسط OCPD را در طول عمر برای افراد دارای تشخیص در طول عمر وابستگی به الکل ۳۱٪ (پریس و همکاران، ۲۰۰۹)، اختلال پنیک ۱۷٪ (آلبرت و همکاران، ۲۰۰۴)، خودبیمارپنداری ۱۵-۲۲٪ (فلان و همکاران، ۲۰۱۲)، اختلالات خوردن ۱۳٪ (هلمی و همکاران، ۲۰۰۵) و افسردگی تک قطبی ۱۴٪ (شیاون، دازز، کانفارتی، اسکرسو و بارگرینی، ۲۰۰۴) گزارش کرده‌اند. علاوه بر این، شواهد در حال رشدی در مورد همبودی قابل توجه OCPD با

اختلالات شخصیت خوشه الف، و به طور ویژه با اختلالات شخصیتی اسکیزوتیپال و پارانوئید، موجود است (راسی، مرینگی، باتی و همکاران، ۲۰۰۰؛ هاملن، ویلبرگ، پدرسین و کترات، ۲۰۰۸).

علت شناسی

متون و منابع علمی مربوط به نظریه های روان شناختی و زیست شناختی در مورد OCPD کم و اغلب متناقض است. نظریه های روانکاوی و دلبستگی از معدود مدل های علت شناختی روانی OCPD محسوب می شوند (هرتلر، ۲۰۱۴). مدل های علت شناختی روانکاوانه تشکیل شخصیت و سواسی را به سلطه، کنترل بیش از حد و دخالت بیش از حد والدین (مانند آموزش سخت گیرانه توالی رفتن) نسبت می دهند. با این حال، تعداد قلیل پژوهش هایی که در این حوزه انجام شده است، نتوانسته اند این مدل علت شناختی را تایید کنند (از دیدریچ و وادرهازر، ۲۰۱۵). بر اساس نظریه دلبستگی، موضوعات دلبستگی به عنوان عوامل علت شناختی مهم در نظر گرفته می شوند (هرتلر، ۲۰۱۴). شواهد محدودی برای این فرضیه که در افراد مبتلا به OCPD هیچ گاه دلبستگی ایمن شکل نگرفته است، مراقبت کمتری دریافت کرده اند، در دوران کودکی مورد بیش حمایت گری قرار گرفته اند و در ایجاد عواطف و همدردی شکست خورده اند، فراهم شده است (پری، باند و رای، ۲۰۰۷). یک مطالعه فراتحلیلی نیز نشان داده است که ۴ نوع ضربه روانی بین فردی (خشونت، بهره کشی عاطفی، بهره کشی جنسی و بی توجهی) با شدت OCS رابطه دارند. البته، رابطه تجربه ضربه روانی با شدت بیشتر نشانه های و سواس عملی و نه و سواس فکری، تایید شده است (میلر و براک، ۲۰۱۷). در مباحث علت شناسی OCPD نمی توان از کمال گرایی صحبتی به میان نیاورد.

کمال گرایی

کمال گرایی به عنوان تمایلی برای تنظیم و پیگیری معیارهای بالای غیر واقع بینانه و خودارزیابی های کاملاً انتقادی تعریف شده (فروست، مارتین، لهارت و روزنبلت، ۱۹۹۰) و در عین حال که یکی از ویژگی های برجسته OCPD است، ممکن است به طور مستقل در سایر وضعیت های بالینی نیز تعیین کننده باشد. برخی پژوهش ها نظری و تجربی نشان داده اند که کمال گرایی می تواند یک عامل استمرار بخش برای نشانه های OCD باشد. ماهیت نشانه های OCD به گونه ای است که متمایز کردن آن از کمال گرایی را دشوار می کند (پیتو و همکاران، ۲۰۱۷). کمال گرایی، گرچه نقش مهمی در علت شناسی، تداوم و درمان تعداد زیادی از اختلالات روانی ایفا می کند؛ بحث و تردید در خصوص چگونگی تعریف آن همچنان ادامه دارد. چشم انداز چندبعدی کمال گرایی را به عنوان سازه ای که

شامل حوزه‌های مختلف بین‌فردی و درون‌فردی می‌شود، در نظر می‌گیرد (فروست و همکاران، ۱۹۹۰؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱). گروه دیگری از محققان چشم‌اندازی شناختی- رفتاری به کمال‌گرایی مطرح و در آن کمال‌گرایی بالینی را به عنوان وابستگی بیش از حد به ارزیابی خود مبتنی بر پیگیری مصرانه تقاضاهای فردی و معیارهای بر خود تحمیل شده با وجود تبعات منفی تعریف کرده‌اند. تاکید بر ارزیابی ارزش خود به کوشش و موفقیت به عنوان اصل مرکزی کمال‌گرایی بالینی گره خورده است و مکانیسم‌های شناختی متمایزی را پیشنهاد می‌کند که این روانسازه را حفظ می‌کند. این مساله حوزه‌های مهم جهت تمرکز درمانگران را مشخص می‌کند. در راستای این تعریف، پرسشنامه کمال‌گرایی بالینی (CPQ) جهت ارزیابی کمال‌گرایی از طریق کوشش برای رسیدن و اثر موفقیت یا شکست ادراک شده بر ارزیابی خود ساخته شده است (شافران، کوپر و فیبرن، ۲۰۰۲). CPQ با زیرمقیاس‌های معیارهای شخصی و نگرانی در مورد اشتباهات FMPS رابطه دارد (اگان و همکاران، ۲۰۱۶) که نشان‌دهنده همخوانی بین تعاریف مختلف کمال‌گرایی است.

کمال‌گرایی علاوه بر این که یک ویژگی محوری در OCPD است، در میان سایر اختلالات شخصیتی (استوبر، ۲۰۱۴؛ بشارت، ۱۳۸۳، الف، ۱۳۸۴، ب) و در اختلالات و تظاهرات بالینی مختلف دیده می‌شود (بشارت، ۱۳۸۱، الف، ۱۳۸۹، ب؛ بشارت و همکاران، ۱۳۸۸، ۱۳۸۹). مروری بالینی درجات بالاتر کمال‌گرایی را در میان شرکت‌کنندگان مبتلا به اختلالات تغذیه‌ای، اضطرابی و خلقی نشان داد. این نتایج این نگرش را که کمال‌گرایی یک ویژگی محوری است که شناسایی نشانه‌های بیماری را بر می‌انگیزد و هدفی ارزشمند در مداخلات است، تقویت می‌کند (پیتو و همکاران، ۲۰۱۷). کمال‌گرایی یک ویژگی مهم در OCD است؛ چرا که روی پاسخ به درمان اثر می‌گذارد (پیتو و همکاران، ۲۰۱۱؛ کیرییس، هاردن و فسنج، ۲۰۱۵) و می‌تواند در حفظ و تضعیف علائم سهمیم باشد. همچنین کمال‌گرایی با بسیاری از اختلالات مرتبط با OCD شامل اختلال بدشکلی بدنی (BDD)، اختلال احتکار (HD)، وسواس موکنی و کندن پوست رابطه دارد (پیتو و همکاران، ۲۰۱۷). تقریباً نسبت بالایی (۱۲-۲۸٪) از همبودی OCPD در بیماران مبتلا به BDD گزارش شده است (فیلیپس و مک‌لوری، ۲۰۰۰؛ نزیراگلا، مک‌کی، تادرو و یریارا-تاییس، ۱۹۹۶). کمال‌گرایی با مشکلات احتکار کردن نیز مرتبط است. در حقیقت، سختی دست کشیدن از وسائلی که مورد نیاز نیستند، یکی از ملاک‌های OCPD است که در کنار کمال‌گرایی ناسازگارانه، رابطه‌ای تاریخی بین این دو مشکل ایجاد می‌کند (متیکس-کالز و همکاران، ۲۰۱۰). مفهوم‌سازی‌های شناختی- رفتاری از مشکلات احتکار کردن حاکی از آن است که کمال‌گرایی و ترس از اشتباه کردن می‌توانند رفتار ذخیره‌سازی را در

برخی افراد بر بیانگیزد (فروست و گراس، ۱۹۹۳). پژوهش‌های همه‌گیری شناسی نیز رابطه کمال‌گرایی با نشانه‌های احتکار کردن را نشان داده‌اند (تیمپنو و همکاران، ۲۰۱۱). درجات بالای OCPD در HD نیز گزارش شده است (مانند ۴۵٪؛ ساموئل و همکاران؛ ۵۶/۸٪؛ لندا و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین کمال‌گرایی عاملی دشوار ساز در HD و CBT است (ماراف، استکت، فروست و تالین، ۲۰۱۳). کمال‌گرایی همچنین به عنوان عاملی تأثیرگذار در پوست کنی مرضی شناخته شده است (دکریچ، ویلهلم و کاتن، ۲۰۰۳). هماهنگی با این مشاهده، مشخص شده است که OCPD از رایج‌ترین اختلالات شخصیتی در پوست کنی مرضی است، به طوری که ۴۸٪ از مبتلایان معیارهای DSM-4 برای OCPD را دارند (ویلهم و همکاران، ۱۹۹۹).

در پژوهشی نیز مشخص شد که ابعاد کمال‌گرایی در اختلال افسردگی و وسواس فکری-عملی دارای تفاوت معنادار هستند. در بعد کمال‌گرایی خودمحور و دیگرمحور نمرات بیماران مبتلا به وسواس از بیماران افسرده بالاتر بود و در بعد کمال‌گرایی جامعه‌محور بیماران افسرده نمره بالاتری کسب نمودند (بشارت، طاهری و لواسانی، ۱۳۹۵). همچنین کمال‌گرایی خودمحور با نشانه‌های اضطراب رابطه منفی و کمال‌گرایی دیگرمحور و جامعه‌محور با نشانه‌های اضطراب رابطه مثبت دارند. ضمن این که رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های اضطراب رابطه خطی و یک‌بعدی نیست و استحکام من می‌تواند در رابطه بین آنها نقش واسطه‌ای ایفا کند (بشارت، اسدی و لواسانی، ۱۳۹۵). بین کمال‌گرایی مثبت والدین و اضطراب امتحان فرزندان همبستگی منفی و بین کمال‌گرایی منفی والدین و اضطراب امتحان فرزندان همبستگی مثبت وجود دارد (بشارت، ۱۳۸۳ الف). تلاش برای کامل بودن (کمال‌گرایی مثبت) با اضطراب شناختی و بدنی ورزشکاران نیز همبستگی منفی و با اعتماد به خود آنها همبستگی مثبت، واکنش منفی به ناکامل بودن (کمال‌گرایی منفی) با اضطراب شناختی و بدنی ورزشکاران همبستگی مثبت و با اعتماد به خود آنها همبستگی منفی دارد (بشارت و حسینی، ۱۳۹۱). ابعاد کمال‌گرایی والدین، ویژگی‌های مربوط به سبک‌های فرزندپروری آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بشارت، عزیزی و حسینی، ۱۳۸۹). بین ابعاد کمال‌گرایی و مشکلات بین شخصی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد (بشارت، ۱۳۸۳ ب).

درمان

در مورد این که افراد مبتلا به OCPD خواهان درمان هستند یا نه، شواهد متناقضی موجود است. برخی یافته‌ها حاکی از آن است که این بیماران اغلب خودشان به دنبال درمان هستند و برای مثال در مقایسه

با افراد مبتلا به افسردگی، درمان بیشتری دریافت می‌کنند (بندر و همکاران، ۲۰۰۶). در حالی که سایر مطالعات، عکس این مطلب را می‌گویند. کمتر خواهان درمان بودن می‌تواند به وسیله ویژگی خودهمسان بینی OCPD و همچنین نیاز زیاد این افراد به استقلال و کنترل توضیح داده شود (پری و همکاران، ۲۰۰۷، کالن و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهش پیتنو و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که OCPD با نتایج درمانی ضعیف نسبت به درمان‌های مواجهه‌ای/جلوگیری از پاسخ (EX/RP) رابطه دارد.

درمان شناختی- رفتاری شامل EX/RP فعلا درمان انتخابی OCD است و شماری از پژوهش‌های کنترل شده (فوا و همکاران، ۲۰۰۵) و پژوهش‌های فراتحلیلی (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۴) نیز کارایی آن را تایید می‌کنند. پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که CT می‌تواند به طور موثر، شدت علائم اختلال شخصیت، افسردگی و اضطراب را کاهش دهد (استراوس و همکاران، ۲۰۰۶؛ کامینگز، هیز، کردستو و نیومن، ۲۰۱۲). همچنین CBT گروهی همراه با درمان دارویی با سسیتالوپرام منجر به بهبود در اضطراب، برون‌گرایی، توافق‌پذیری و ثبات هیجانی می‌شود (پاپ، نیرستین، آردلن، بیوسا، و آیل، ۲۰۱۳). در کنار این حمایت حداقل متوسط از CT یا CBT در درمان OCPD، روان‌درمانگری میان فردی تا حدی ارتقاء پیدا کرده است که در پژوهشی، در کاهش علائم افسردگی بر CT برتری داشت (باربر و مانز، ۱۹۹۶). علاوه بر این، مشخص شده است که در پیگیری‌ها، روانسازیه درمانی نسبت به روان‌درمانگری مبتنی بر آشکارسازی و درمان در بافت طبیعی در کاهش اختلالات اضطرابی و افزایش عملکرد اجتماعی و شغلی مقدم است (بملیس، اورس، اسپینهاون و آنرتز، ۲۰۱۴). نهایتاً، مطالعات موردی اندکی حداقل مقداری شواهد برای کارایی روانسازیه درمانی (منتظری، نشاط‌دوست، عابدی و عابدی، ۲۰۱۴) و درمان‌های روان‌شناختی جدیدتر مانند درمان بین فردی فراشناختی (دیمگیو و همکاران، ۲۰۱۱؛ فیوره، دیمگیو، نیکولا، سمیری و کرسینو، ۲۰۰۸)، نسخه سازگار شده درمان رفتاری دیالکتیکی (لینچ، ۲۰۰۸)، روان‌درمانگری پویشی حمایتی- بیانگرانه (باربر، مارس، کراکار، چیتمز و کریترز- کریستوفا، ۱۹۹۷) در زمینه‌های مختلف فراهم کرده‌اند.

چهار عامل که کمال‌گرایی از طریق آنها می‌تواند در نتایج درمانی OCD مداخله کند عبارتند از: (۱) بیماران بیش از حد تلاش می‌کنند تا به طور عالی درمان شوند؛ (۲) بیماران از انجام تکالیف مربوط به EX/RP در بین جلسات، به دلیل ترس از انجام ندادن صحیح آنها اجتناب می‌کنند؛ (۳) بیماران دیدگاه محدودی از EX/RP دارند و مواجهه را به موقعیت‌های جدید تعمیم نمی‌دهند؛ و (۴) اگر بیماران معتقد باشند که به پیشرفت عالی در درمان نمی‌رسند، کوشش کردن در درمان را رها می‌کنند (برای مثال، اگر درمان به طور عالی پیش نمی‌رود، اصلاً چرا خودم را اذیت کنم؟). به طور خلاصه، کمال‌گرایی

می تواند اثر منفی بر نتایج درمانی OCD بگذارد. با این حال، مکانیسم های دقیق این رابطه هنوز به طور دقیق مشخص نشده اند. به نظر می رسد که کمال گرایی می تواند از طریق تخریب تعهد درمانی منجر به نتایج درمانی ضعیف شود (پیتو و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین کمال گرایی نتایج درمانی بدتر برای درمان OCD با دارو را نیز پیش بینی می کند (کودینی، ارز گاوسی، رانچی و بلادی، ۱۹۹۷). این مطلب شاید حاکی از این باشد که بیماران مبتلا به OCD کمال گرا از لحاظ زیست شناختی مقاوم هستند (پیتو و همکاران، ۲۰۱۷).

یکی از جدیدترین و کارآمدترین روش های روان درمانی برای اختلال های شخصیت؛ مخصوصا ویژگی شخصیتی کمال گرایی، چه در متن یک اختلال شخصیت وسواسی و چه به عنوان یک ویژگی مشکل ساز شخصیتی، درمان مبتنی بر PTC (بشارت، ۱۳۷۶) است. شواهد مربوط به نتایج درمانی نشان داده است که این مدل درمان پارادوکسی، می تواند ویژگی های مشکل ساز کمال گرایی را، هم در چهارچوب سازمان روانی فرد (بشارت، ۱۳۷۶) و هم در در متن روابط بین شخصی (مثل زوج درمانی؛ بشارت، ۱۳۹۷)، به خوبی درمان کند. شواهد مربوط به اثربخشی اختصاصی PTC بر اختلال های شخصیت (بشارت، ۱۳۹۸) رویکردی نوین و کارآمد را در اختیار درمانگران این حوزه قرار داده است؛ رویکردی با بیشترین تاثیر گذاری و کمترین نرخ ریزش و بازگشت، به خلاف شواهد مربوط به نرخ پایین بهبودی (فیشر و ولز، ۲۰۰۵) و نرخ بالای ریزش و بازگشت (فوآ و همکاران، ۲۰۰۵) در سایر رویکردها. این شواهد نشان می دهند که تصورات مربوط به بزرگی چالش کمال گرایی بر سر راه درمان این ویژگی (پیتو و همکاران، ۲۰۱۱، ۲۰۱۷؛ کودینی و همکاران، ۱۹۹۷) نیازمند تجدید نظر جدی هستند. این واقعیت های بالینی و تجربی جدید در زمینه درمان ویژگی های مشکل ساز کمال گرایی بی شک نظریه های تقلیل گرایانه درمانی (نظریه هایی که سوگیری تقلیل کلیت اختلال روانشناختی به مانع کمال گرایی در آنها پررنگ است) را نیز تحت تاثیر قرار خواهد داد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر نشان داد که پیشرفت های نظری و یافته های تجربی اخیر، دانش مهمی در زمینه مفهوم و ملاک های تشخیصی OCPD در کنار درمان های بالقوه کارآمد برای آن فراهم کرده است. سرسختی، کنترل شخصی و وظیفه شناسی افراطی می توانند مولفه های اصلی OCPD باشند (پیتو و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین اتحاد بیمار- درمانگر، اضطراب حالتی و تغییرپذیری حرمت خود می تواند پیش بینی کننده مهمی برای کارایی CBT در درمان OCPD باشند (استراوس و همکاران، ۲۰۰۶؛ انرو و

همکاران، ۲۰۱۳؛ کامینگز و همکاران، ۲۰۱۲). پژوهش حاضر همچنین نشان داد که کمال‌گرایی که یکی از متغیرهای مرتبط با طیف OCD است، به دلیل سبک‌های شناختی بالینی و دشواری‌های بین فردی مرتبط با آن، علاوه بر این که به نوبه خود اختلال عمل‌کرد به وجود می‌آورد، درمان موثر طیف OCD را نیز با مشکل مواجه می‌کند. برخی یافته‌ها نشان می‌دهد که کاهش در کمال‌گرایی بر تغییر در علائم OCD مقدم است که حاکی از مفید بودن عناصر درمانی ترکیبی که مستقیماً کمال‌گرایی را در درمان OCD هدف قرار می‌دهند، است. در حالی که درمان‌های کوتاه مدت برای کمال‌گرایی توسعه یافته‌اند و کارایی آنها تایید شده است، راهنماهای مبتنی بر شواهدی که بسته درمانی برای استفاده در زمانی که فرد اختلالات همزمان دارد، یعنی یک موقعیت بالینی شایع، پیشنهاد دهند، موجود نیست (کرسک، ۲۰۱۲). راهنماهایی که اخیراً فراهم شده‌اند (اگان، وید و شافران، ۲۰۱۲)، سعی کرده‌اند که مناسب‌ترین درمان را برای بیماری که کمال‌گرایی بالا دارد، پیشنهاد دهند. این راهنماها بیان می‌کنند که تصمیم برای درمان ویژه کمال‌گرایی یا ویژه اختلال باید مبتنی بر تحلیل عمل‌کردی‌ای باشد که نقش کمال‌گرایی را در حفظ آن اختلال خاص توصیف می‌کند (اگان و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به گوناگونی پدیده OCD، درک سایر متغیرهای مداخله‌کننده به نتایج پژوهش‌ها و کارهای بالینی کمک می‌کند. پژوهش‌ها از رابطه کمال‌گرایی و OCS حمایت می‌کنند، مخصوصاً ۲ حوزه کمال‌گرایی: شک داشتن در مورد کارها و نگرانی در مورد اشتباه کردن. زمانی که چنین حالتی وجود داشته باشد، درآمیختن درمان برای کمال‌گرایی با EX/RP برای وسواس، می‌تواند به پاسخ‌های درمانی بهتر منجر شود؛ گرچه پژوهش‌های بیشتر برای هدف قرار دادن این مشکل به تنهایی نیز مورد نیاز است. معرفی مختصر روش جدید روان‌درمانی PTC در این مقاله، مفروضه‌ها و فنون رویکردهای درمانی موجود را با پرسش‌های جدید مواجه می‌کند که پژوهش‌های آینده باید به آنها پاسخ دهند: آیا ویژگی‌های مشکل ساز کمال‌گرایی بیش از سایر ویژگی‌های مشکل ساز OCPD و OCD مانع درمان هستند؟ عامل اصلی ریزش و بازگشت در سایر روش‌های روان‌درمانی برای OCPD و OCD چیست؟ درمان ترجیحی برای اختلال‌های روان‌شناختی، مخصوصاً برای OCPD و OCD کدام است؟

References

- 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(5), 325-332.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association
- Association of TPH2 and dopamine receptor gene polymorphisms with obsessive-compulsive symptoms and perfectionism in healthy subjects. *Psychiatry Research*, 220(3), 1172.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatr*, 171, 305-322.

- Barber, J. P., & Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the treatment for depression collaborative research program. *J Consult Clin Psychol*, 64, 951-958. doi:10.1037/0022-006X.64.5.951.
- Barber, J. P., Morse, J. Q., Krakauer, I. D., Chittams, J., & Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy*, 34, 133-143. doi:10.1037/h0087774.
- Bender, D. S., Skodol, A. E., Pagano, M. E., Dyck, I. R., Grilo, C. M., & Shea, M. T. (2006). Brief reports: Prospective assessment of treatment use by patients with personality disorders. *Psychiatr Serv*, 57, 254-257. doi:10.1176/appi.ps.57.2.254.
- Besharat, M. A. (1997). An investigation of the relationship between personality-family factors and response to treatment in young adult anorexic and bulimic patients. Unpublished Ph.D. Thesis. University of London.
- Besharat, M. A. (2002). Dimensions of perfectionism in depressed and anxious patients. *Journal of Psychological Sciences*, 3, 263-248. (persian)
- Besharat, M. A. (2004). The relationship between parental perfectionism and competitive anxiety of students. *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 1, 1-19. (persian)
- Besharat, M. A. (2004). The relationship between perfectionism and interpersonal problems in Tehran University students. *Journal of Daneshvare Raftar*, 3, 1-8. (persian)
- Besharat, M. A. (2005). Exploratory analysis of the relationship between perfectionism dimensions and personality structures of socialism and autoproduction. *Journal of Science and Technology*, 3, 46-54. (persian)
- Besharat, M. A. (2005). Exploratory analysis of the relationship between perfectionism and personality. *Educational and psychological studies*, 1(6), 81-96. (persian).
- Besharat, M. A. (2007). Construction and validation of multidimensional perfectionism scale of Tehran. *Psychological research*, 10(19), 49-67. (persian)
- Besharat, M. A. (2008). The relationship of personality to eating disorders. *Iranian Journal of Psychiatry*, 3, 1-8.
- Besharat, M. A. (2010). Perfectionism and anger. *Journal of Psychology of University of Tabriz*, 17, 27-46. (persian)
- Besharat, M. A. (2010). The relationship between perfectionism and health and physical illness. *Quarterly Journal of Clinical Psychology Studies*, 1, 43-62. (persian)
- Besharat, M. A. (2017). Paradox + Timetable = cure: The Complete Model of Psychological Disorders treatment - Practical Guide. Roshd Publishing: Tehran. (persian)
- Besharat, M. A. (2018). Paradox + Timetable = cure: A Complete Model of PTC Couple Therapy - A Practical Guide. Roshd Publishing: Tehran. (persian)
- Besharat, M. A. (2019). Paradox + Timetable = cure: Treatment of Personality Disorders with PTC method - Practical Guide. Roshd Publishing: Tehran. (persian)
- Besharat, M. A., & Hosseini, S. A. (2012). Perfectionism and competitive anxiety in athletes. *Developmental Psychology (Iranian Psychologists)*, 9(33), 15-25. (persian)
- Besharat, M. A., Asadi, M. M., & Lavasani, M. G. (2016). The role of the intermediate strength of ego strength in the relationship between the dimensions of perfectionism and the signs of anxiety. *Positive Psychological Research*, 4(8), 1-17. (persian)
- Besharat, M. A., Asgari, A., Alibakhshi, S. Z., & MovahhediNasab, A. (2010). Perfectionism and physical health: The mediating effect of positive and negative emotions. *Developmental Psychology (Iranian Psychologists)*, 26, 123-136. (persian)
- Besharat, M. A., Azizi, K., & Hosseini, S. A. (2010). Relationship between parental perfectionism and parenting styles. *Quarterly journal of research in educational systems*, 8, 9-30. (persian)
- Besharat, M. A., Habibnejhad, M., & Geranmayepoor, Sh. (2009). Perfectionism and mental health. *New things and research of consulting*, 29, 7-22. (persian)
- Besharat, M. A., Taheri, M., & Lavasani, M. G. (2016). Comparison of perfectionism, strength of ego, anger and anger rumination in patients with major depressive disorder and obsessive-compulsive disorder. *Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy*, 26, 87-115. (persian)
- Bobes, J., González, M.P., Bascarán, M.T., Arango, C., Sáiz, P.A., Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16, 239-245.
- Brown longitudinal obsessive compulsive study: Clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 703-711.
- Cavedini, P., Erzegovesi, S., Ronchi, P., & Bellodi, L. (1997). Predictive value of obsessive-compulsive personality disorder in antiobsessional pharmacological treatment. *European Neuropsychopharmacology*, 7(1), 45-49.
- Chik, H. M., Whittal, M. L., & O'Neill, M. P. (2008). Perfectionism and treatment outcome in obsessive compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 376-388.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227-257.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry*, 188, 423-431. doi:10.1192/bjp.188.5.423.
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 29, 749-753.
- Cullen, B., Samuels, J. F., Pinto, A., Fyer, A. J., McCracken, J. T., Rauch, S. L., ..., Nestadt, G. (2008). Demographic and clinical characteristics associated with treatment status in family members with obsessive-compulsive disorder. *Depression & Anxiety*, 25, 218-224. doi:10.1002/da.20293.
- Cummings, J. A., Hayes, A. H., Cardaciotti, L., & Newman, C. F. (2012). The dynamics of self-esteem in cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: an adaptive role of self-esteem variability? *Cogn Ther Res*, 36, 272-281. doi:10.1007/s10608-011-9375-x.

- De Reus, R. J. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2012). Obsessive-compulsive personality disorder: A review of current empirical findings. *Personal Mental Health, 6*, 1–21. doi:10.1002/pmh.
- Deckersbach, T., Wilhelm, S., & Keuthen, N. (2003). Self-injurious skin picking: Clinical characteristics, assessment methods, and treatment modalities. *Briefing Treatment and Crisis Intervention, 3*(2), 249.
- Devanand, D. P., Turret, N., Moody, B. J., Fitzsimons, L., Peyser, S., & Mickle, K. (2000). Personality disorders in elderly patients with dysthymic disorder. *Am J Geriatr Psychiatry, 8*, 188-195. doi:10.1097/00019442-200008000-00002.
- Diedrich, A., & Voderholzer, U. (2015). Obsessive-compulsive personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports, 17*, 2-10. doi:10.1007/s11920-014-0547-8.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Nicolò, G., Sisto, A., & Semerari, A. (2011). Progressively promoting metacognition in a case of obsessive compulsive personality disorder treated with metacognitive interpersonal therapy. *Psychol Psychother Theory Res Pract, 84*, 70-83. doi:10.1348/147608310X527240.
- Egan, S. J., Shafraan, R., Lee, M., Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. Watson, H. J. (2016). The reliability and validity of the clinical perfectionism questionnaire in eating disorder and community samples. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 44*(1), 79-91
- Egan, S. J., van Noort, E., Chee, A., Kane, R. T., Hoiles, K. J., Shafraan, R., & Wade, T. D. (2014). A randomized controlled trial of face to face versus pure online self-help cognitive behavioral treatment for perfectionism. *Behavior Research and Therapy, 63*, 107-113.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafraan, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review, 31*, 203-212.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafraan, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de psicopatologia y psicologia clinica (Spanish Journal of Clinical Psychology), 17*, 279-294.
- Enero, C., Soler, A., Ramos, I., Cardona, S., Guillamat, R., & Valles, V. (2013). Distress level and treatment outcome in obsessive compulsive personality disorder (OCPD). *Eur Psychiatry, 28*, 1. doi:10.1016/S0924-9338(13)77373-5.
- Fallon, B. A., Harper, K. M., Landa, A., Pavlicova, M., Schneier, F. R., & Carson, A. (2012). Personality disorders in hypochondriasis: Prevalence and comparison with two anxiety disorders. *Psychosomatics, 53*, 566-574. doi:10.1016/j.psym.2012.02.002.
- Fiore, D., Dimaggio, G., Nicolò, G., Semerari, A., & Carcione, A. (2008). Metacognitive interpersonal therapy in a case of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders. *J Clin Psychol, 64*, 168-180. doi:10.1002/jclp.20450.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1543-1558.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., & Tu, X. (2005). Randomized, placebo controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 162*, 151-161.
- Frost, R. O., & Gross, R. C. (1993). The hoarding of possessions. *Behav Research and Therapy, 31*(4), 367-381.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences, 14*, 119-126.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 449-468.
- Frost, R. O., Novara, C., & Rheume, J. (2002). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder, in: Frost, R. O., & Steketee, G. (Eds.), (2002). Cognitive approaches to obsessions and compulsions. Amsterdam: Pergamon, 91-105.
- Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Adamopoulou, A., Papazisis, G., Karastergiou, A., & Bozikas, V. P. (2010). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive compulsive disorder? *Psychiatry Res, 177*(1-2), 156-160.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Huang, B. (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. *J Psychiatr Res, 39*, 1-9. doi:10.1016/j.jpsychires.2004.05.004.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry, 61*, 361-368. doi:10.1001/archpsyc.61.4.361.
- 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. *J Psychiatr Res, 46*, 469-475. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.01.009.
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Gunderson, J. G., Pagano, M. E., Yen, S., & Zanarini, M. C. (2004a). Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *J Consult Clin Psychol, 72*, 767-775. doi:10.1037/0022-006X.72.5.767.
- Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Sanislow, C. A., Stout, R. L., & Shea, M. T. (2004b). Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for obsessive-compulsive personality disorder: A 2-year prospective study. *Acta Psychiatr Scand, 110*, 64-68. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00311.x.
- Halmi, K., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., & Kaplan, A. S. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *J Eat Disord, 38*, 371-374. doi:10.1002/eat.20190.
- Hertler, S. C. (2014). A review and critique of obsessive-compulsive personality disorder etiologies. *Eur J Psychol, 10*, 168-184. doi:10.5964/ejop.v10i1.679.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 456-470.

- Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G., & Karterud, S. (2008). The quality of the DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder construct as a prototype category. *J Nerv Ment Dis, 196*, 446-455. doi:10.1097/NMD.0b013e3181775a4e.
- Kyrios, M., Horden, C., & Fassnacht, D. B. (2015). Predictors of response to cognitive behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 15*, 181-190.
- Kyrios, M., Horden, C., & Fassnacht, D. B. (2015). Predictors of response to cognitive behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 15*, 181-190.
- Landau, D., Iervolino, A. C., Pertusa, A., Santo, S., Singh, S., & Mataix-Cols, D. (2011). Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 192-202.
- Light, K. J., Joyce, P. R., Luty, S. E., Mulder, R. T., Frampton, C. M., & Joyce, L. R. (2006). Preliminary evidence for an association between a dopamine D3 receptor gene variant and obsessive-compulsive personality disorder in patients with major depression. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet, 141B*, 409-413. doi:10.1002/ajmg.b.30308.
- Lynch, T. R. (2008). Cheavens JS. Dialectical behavior therapy for comorbid personality disorders. *J Clin Psychol, 64*, 154-167. doi:10.1002/jclp.20449.
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Grant, J. E., & Rasmussen, S. A. (2005). Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: Clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment. *Ann Clin Psychiatry, 17*, 197-204. doi:10.1080/10401230500295305.
- Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F., & Wilhelm, S. (2010). Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety, 27*(6), 556-572.
- McKay, D., & Taylor, S. (Eds.). (2008). Obsessive compulsive personality disorder.
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D., Kyrios, M., Veale, D. (2014). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatry Research, 225*, 236-246.
- Miller, M., L., & Brock, R. L. (2017). The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 47*, 29-44. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.02.005>
- Montazeri, M. S., Neshatdoost, H. T., Abedi, M. R., & Abedi, A. (2014). Effectiveness of schema therapy on symptoms intensity reduction and anxiety in a special case with obsessive compulsive personality disorder. *Zahedan J Res Med Sci, 16*, 92-94.
- Muroff, J., Steketee, G., Frost, R. O., & Tolin, D. F. (2013). Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: Follow-up findings and predictors of outcome. *Depression and Anxiety, 0*, 1-8.
- Neziroglu, F., McKay, D., Todaro, J., & Yaryura-Tobias, J. A. (1996). Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis II diagnoses. *Behavior Therapy, 27*(1), 67-77.
- 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. *J Psychiatr Pract, 13*, 221-232. doi:10.1097/01.pra.0000281482.11946.fc.
- Philips, K. A., & McElory, S. L. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 41*, 229-236.
- Pinto, A., Dargani, N., Wheaton, M. G., Cervoni, C., Rees, C. S., & Egan, S. J. (2017). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: What should treating clinicians know? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 12*, 102-108. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.001>
- 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 and Therapy, 49*, 453-458.
- Pinto, A., Steinglass, J. E., Greene, A. L., Weber, E. U., & Simpson, H. B. (2014). Capacity to delay reward differentiates obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Biol Psychiatry, 75*, 653-659. doi:10.1016/j.biopsych.2013.09.007.
- Popa, C. O., Nireştean, A., Ardelean, M., Buicu, G., & Ile, L. (2013). Dimensional personality change after combined therapeutic intervention in the obsessive-compulsive personality disorders. *Acta Med Transilvanica, 2*, 290-292.
- Preuss, U. W., Johann, M., Fehr, M. J., Koller, G., Wodarz, N., & Hesselbrock, V. (2009). Personality disorders in alcohol-dependent individuals: Relationship with alcohol dependence severity. *Eur Addict Res, 15*, 188-195. doi:10.1159/000228929.
- Rossi, A., Marinangeli, M. G., Butti, G., Kalyvoka, A., & Petruzzi, C. (2000). Pattern of comorbidity among anxious and odd personality disorders: The case of obsessive-compulsive personality disorder. *CNS Spectrums, 5*, 23-26.
- Schiavone, P., Dorz, S., Conforti, D., Scarso, C., & Borgherini, G. (2004). Comorbidity of DSM-IV personality disorders in unipolar and bipolar affective disorders: A comparative study. *Psychol Rep, 95*, 121-128. doi:10.2466/pr0.95.1.121-128.
- Shafraan, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 773-791.
- Shea, M. T., Stout, R., Gunderson, J., Morey, L. C., Grilo, C., & McGlashan, T. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Am J Psychiatr, 159*, 2036-2041. doi:10.1176/appi.ajp.159.12.2036.
- 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. *Am J Psychiatr, 159*, 276-83. doi:10.1176/appi.ajp.159.2.276.
- Soeteman, D. I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R., & Buschbach, J. J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry, 69*, 259-265. doi:10.4088/JCP.v69n0212.

- Stein, D. J. (2011). Comorbid obsessive-compulsive personality disorder in obsessive compulsive disorder (OCD): A marker of severity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 35*, 1087-1092.
- Stoeber, J. (2014). Multidimensional perfectionism and the DSM-5 personality traits. *Personality and Individual Differences, 64*, 115-120.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., & Barber, J. P. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *J Consult Clin Psychol, 74*, 337-345. doi:10.1037/0022-006X.74.2.337.
- Timpano, K. R., Exner, C., Glaesmer, H., Rief, W., Keshaviah, A., Brähler, E., & Wilhelm, S. (2011). The Epidemiology of the proposed DSM-5 hoarding disorder: Exploration of the acquisition specifier, associated features, and distress. *The Journal of Clinical Psychiatry, 72*(6), 780-786.
- Ullrich, S., & Coid, J. (2009). The age distributions of self-reported personality disorder traits in a household population. *J Personal Disord, 23*, 187-200. doi:10.1521/pedi.2009.23.2.187.
- Widiger, T. A. (2011). Personality and psychopathology. *World Psychiatry, 10*, 103-106.
- Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Baer, L., & Jenike, M. A. (1999). Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *The Journal of Clinical Psychiatry, 60*(7), 454-459.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 13 (No. 51), pp.77-89, 2019

Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Perfectionism: A brief review

Mohammad Ali Besharat

Dept. of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

Seyedeh Asma Hosseini

Dept. of Psychology, Faculty of Educational Sciences & Psychology, AlZahra University, Tehran, Iran

Hossein Ali Jahed

Dept. of Educational Management, Islamic Azad University of Yadegare Imam Khomeyni (rah) branch, Tehran, Iran

Received: 11.12.2018

Accepted: 07.02.2019

The obsessive-compulsive personality disorder described for the first time by Freud almost 100 years ago, characterized as the most common personality disorder among the general population. The disorder is associated with at least average destruction of psychosocial function and a decline in quality of life, and imposes significant economic burdens. The obsessive personality disorder in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders has been defined as a general pattern of excessive concern with orderliness, perfectionism, and mental and interpersonal control, loss of personal flexibility, openness and efficacy, starting in the early stages of adulthood, and it seen in various domains. Perfectionism as an important feature of obsessive disorder is a tendency to regulate unrealistic high standards and highly critical self-assessments. In The present study, the perfectionism as one of the main characteristics of obsessive personality disorder has been investigated. The results of studies support the point that focusing on treatment of perfectionism can lead to better therapeutic responses in the problems which including doubts about works and worries about mistakes. Understanding other intervening variables will help the results of clinical trials and research.

Keywords: personality disorder, obsession, perfectionism, treatment

Electronic mail may be sent to: s.a.hosseini@alzahra.ac.ir