Journal of Research in Psychological Health
March 2019, Volume 12, Issue 4

Normal and Abnormal Personality Patterns in a Patient with Leukemia: A Clinical Case study

Hamed Kashanaki[1], Fatemeh Dehghani Arani[2], Tayebeh Ferdousi[3]

1. Department of Psychology, University of Tehran
2. Corresponding author, Department of Psychology, University of Tehran
3. Department of Educational science, University of Tehran

Citation: Kashanaki H, Dehghani-Arani F, Ferdousi T. Normal and Abnormal Personality Patterns in a Patient with Leukemia: A Clinical Case study. Journal of research in psychological health, 12(4), 80-93. [Persian].

Highlights

• Anger repression, low self-knowledge and low level of self-compassion are the most important personality factors in the patients with leukemia.

• The obsessive-compulsive personality disorder and dependent personality disorder have high co-occurring with leukemia.

Keywords
Cancer, Personality Disorder, Case Study

Abstract

Cancer can lead to many psychological issues. Although most of the research has focused on post-cancer problems, this study has been carried out focusing on normal and abnormal personality patterns that may result in cancer. This study is based on biopsychosocial model of health, and dynamic model of personality. The patient's normal and abnormal personality patterns were evaluated by using Shedler and Westsen's Assessment Procedure (SWAP). The SWAP results did match patient's normal and abnormal personality patterns. In other words, the patient's dependent and obsessive-compulsive personality disorder patterns were consistent with low self-knowledge, high narcissism, low Machiavellianism, low psychopathy, low self-esteem, high religious fundamentalism, high repression, low mindfulness, low self-compassion, and high social desirability. Identifying and managing the side effects of these kinds of personality patterns could empower psychotherapeutic protocols and also increase therapeutic compliance in leukemia patients.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.7.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.80]

الگوهای شخصیت طبیعی و کژکار در بیماری با سرطان خون: یک مورد پژوهی بالینی

حامد کاشانکی[۱]، فاطمه دهقانی‌آرانی[۲]، طیبه فردوسی[۳]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکدهٔ روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران. ایران.
hamedkashanaki@gmail.com
۲. (نویسندهٔ مسئول). استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران. ایران. f.dehghani.a@ut.ac.ir
۳. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران. ایران.

تاریخ دریافت
۱۳۹۷/۹/۳

تاریخ پذیرش
۱۳۹۷/۱۲/۲۹

واژگان کلیدی
سرطان، اختلال شخصیت، مطالعهٔ موردی

یافته‌های اصلی

- سرکوب خشم بالا در کنار خودشناسی و شفقت‌به‌خودِ پایین، از مهم‌ترین ویژگی‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون است.
- الگوی اختلالات شخصیت وسواسی‌اجباری و وابسته، هم‌وقوعی بالایی با سرطان خون دارند.

چکیده

سرطان می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات روانی متعددی باشد. تاکنون در اغلب پژوهش‌های حوزهٔ روان‌شناسی سلامت، به رخدادهای بعد از ابتلا به سرطان پرداخته شده است؛ اما پژوهش حاضر با هدف فهم فرایندهای طبیعی و کژکار شخصیتی که احتمالاً در سرطان نقش دارند، انجام شده است. این پژوهش با روش موردپژوهی بالینی، براساس الگوی زیستی- روانی- اجتماعی سلامت و مدل پویشی از شخصیت انجام شده است. با استفاده از آزمون ارزیابی شدلر و وستن (سوآپ)، شخصیت بیمار و الگوهای شخصیتی طبیعی و کژکار احتمالی اثرگذار در سرطان در وی ارزیابی شده است. نتایج آزمون سوآپ با نیمرخ ویژگی‌های طبیعی و کژکار شخصیتی این بیمار همخوان بود. به‌عبارتی‌دیگر، الگوی اختلال شخصیت وسواسی‌اجباری و اختلال شخصیت وابسته در این بیمار، با خودشناسی پایین، خودشیفتگی بالا، ماکیاولیسم پایین، تمایلات ضداجتماعی پایین، ارزش‌به‌خود پایین، ساختارگرایی دینی بالا، سرکوب بالا، بهوشیاری و شفقت‌به‌خود پایین و جامعه‌پسندی بالا هماهنگ بود. شناسایی و برنامه‌ریزی برای مدیریت اثرات این ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند غنای برنامه‌های روان‌درمانی را برای بیماران با سرطان خون بالا ببرد و راهبردهای روان‌شناختی را برای افزایش متابعت درمانی در این گروه از افراد به دست دهد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.7.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.80]

مقدمه

پس از تشخیص سرطان، تهدید اولیه‌ای که وجود دارد این است که سرطان همواره وجود خواهد داشت یا عود خواهد کرد و این تهدید، همیشه به‌عنوان یک رویداد اضطراب‌زا برای فرد وجود خواهد داشت؛ دوم اینکه، سرطان و درمان آن زندگی را برای یک دورهٔ طولانی مختل می‌کند و سوم اینکه، بسیاری از افراد مبتلا به سرطان، نیازمند مراقبت و حمایت اجتماعی مضاعف، نسبت به جمعیت عادی هستند (۱). به همین دلیل، درمان سرطان در کنار روند پزشکی ویژهٔ خود، نیازمند دیدگاهی کلی و همه‌جانبه است. آن دیدگاه نظری که مبنای پژوهش حاضر و بسیاری از پژوهش‌های حوزهٔ روان‌شناسی سلامت را شکل می‌دهد، دیدگاه زیستی، روانی، اجتماعی است. براساس این دیدگاه، بیماری، نه‌فقط ازلحاظ زیستی، بلکه ازلحاظ روان‌شناختی و نقش‌های اجتماعی یک فرد، قابل‌بررسی و درمان است. سرطان از بعد زیستی، مداخلهٔ بدن در فرایند طبیعی تکثیر سلولی است. تکثیر بی‌رویهٔ سلول‌ها که معمولاً به بافت‌های مجاور یورش برده و آن‌ها را تخریب می‌کنند (۲). ازلحاظ روانی این الگو به مداخلهٔ فرد در فرایند طبیعی سبک زندگی متناسب با ساختار زیست‌محیطی طبیعی، حفظ ساختار و سبک زندگی مادر و پدر یا الگوی ایدئال‌سازی‌شده[1] بدون توجه به طبیعت و شخصیت خود واقعی برمی‌گردد. در این هنگام هیجان خشم به‌جای تجربه در بیرون از بدن، در درون بدن به‌صورت حمله‌به‌خود[2] عمل می‌کند (۳). براین اساس روان‌درمانی به‌طور مستقیم با بیماری‌های جسمانی مرتبط می‌شود یا به‌عبارتی‌دیگر جان و تن در هم ادغام می‌شوند. یک فراتحلیل از ۲۳ مطالعه، شامل ۱۸۷۰ بیمار مبتلا به طیف وسیعی از بیماری‌های جسمی (پوستی، عصب‌شناختی، قلبی‌عروقی، تنفسی، معدی‌روده‌ای، عضلانی‌اسکلتی، ادراری‌تناسلی و ایمنی‌شناختی) نشان داد روان‌درمانی مستقیماً با کاهش علائم جسمانی و روانی همراه می‌شود. اندازهٔ اثر برای بهبود نشانه‌های کلی روان‌پزشکی ۶۹درصد و برای بهبود نشانه‌های جسمی ۵۹درصد بود (۴،۳)؛ همچنین روان‌درمانی درصد زیادی از هزینه‌های پزشکی را کاهش می‌دهد (۵). این نکته نشان می‌دهد خصیصه‌های شخصیتی و قابل‌تغییری در بیماران وجود دارد که درصورتی‌که با مداخلات روان‌شناختی مؤثر دست‌کاری شود، می‌تواند بهبودی فرد را پیش‌بینی کند. بر همین اساس، با توجه به اثر متقابل ذهن و بدن، پژوهش حاضر با یکپارچه‌سازی الگوی زیستی، روانی، اجتماعی و بهره‌گیری از مصاحبهٔ بالینی پویشی درصدد پاسخ به این سؤال است که چه متغیرهای شخصیت طبیعی و کژکاری در فرد مبتلا به سرطان دیده می‌شود و همبسته‌های روانی و الگوی کژکار شخصیت همبود با سرطان چیست؟ در این پژوهش با بررسی میزان متغیرهای نوین شخصیت (بررسی بیش از صد مقالهٔ چاپ‌شده در مجلات بین‌المللی با ضریب اثر[3] بیش از ۱) متغیرهای به‌روز قابل‌بررسی در بیمار شناسایی شد. این متغیرها دربرگیرندهٔ بخشش[4]، کمال‌گرایی[5]، ارزش‌به‌خود[6]، سه‌گانهٔ تاریک[7]، جامعه‌پسندی[8]، سرکوب[9]، خودمهارگری[10]، ساختارگرایی[11]، گشودگی به تجارب[12]، خودمهارگری اسلامی[13]، بهوشیاری[14]، شفقت‌به‌خود[15] و خودشناسی انسجامی[16] بودند. متغیرهای شخصیت به خصیصه‌های شخصیتی قابل‌تغییر، قابل‌اندازه‌گیری و عینی اشاره دارد (۶).

درمجموع می‌توان گفت خصیصه‌های طبیعی و کژکار شخصیت، که در پژوهش حاضر به شکل اختصاصی بررسی شده است، در همهٔ آدم‌ها وجود دارند؛ ولی میزان و شدت آن‌ها متفاوت است؛ این تفاوت می‌تواند به‌دلیل سرکوب این ویژگی‌ها یا کنترل سالم آن‌ها باشد؛ برای مثال سه‌گانهٔ تاریک، ویژگی‌های خودشیفته[17]، ماکیاولیسم[18] و

1. idealized
2. self-attack
3. impact factor
4. forgiveness
5. perfectionism
6. self-esteem
7. dark tried
8. social desirability
9. repression
10. self-control
11. fundamentalism
12. openness to experience
13. Muslim self-control
14. mindfulness
15. self-compassion
16. integrative self-knowledge
17. narcissistic
18. machiavelism

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.7.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.80]

ضداجتماعی[1] در همهٔ آدم‌ها وجود دارند (۷). مثل «من غالباً می‌خواهم دیگران مرا تحسین کنند، غالباً دنبال جایگاه اجتماعی هستم». از سوی دیگر این ویژگی‌ها شدیداً تابع تفاوت‌های فرهنگی است و میزان کنترل و سرکوب آن‌ها بستگی به موقعیت فرهنگی دارد؛ برای مثال ایران و امریکا جامعه‌ای خودشیفته دارند (۸) و انکار خودشیفتگی با بیماری همراه است؛ درحالی‌که در کشور ژاپن، فدا کردن خود[2] سبب کسب وجههٔ اجتماعی است، در ایران سبب سوءاستفادهٔ فرد خودشیفته می‌شود؛ همچنین ترکیب و تعامل این خصیصه‌های شخصیتی باهم، ده‌ها رابطه را می‌سازد که با مداقه در پیچیدگی و ارتباطات آن‌ها در فرایندهای درمانی و سلامت می‌توان ساختار شخصیت را تغییر داد. بدین ترتیب، می‌توان استنباط کرد که این متغیرها در مقابل نظریات زیستی شخصیت، مانند نظریهٔ پنج‌عاملی شخصیت[3] قرار دارند که شخصیت افراد را در چارچوب خاصی می‌دیدند و تغییری برای شخصیت قائل نبودند (۹). این الگوی سنتی در تحقیقات اخیر حوزهٔ سلامت، کارکرد خود را از دست داده است. حمایت دیدگاه‌های زیستی نوین مانند تغییرپذیری نورونی[4] در تغییر شخصیت هنگام روان‌درمانی از تغییرپذیری شخصیت حمایت می‌کند (۱۰). این الگوها به پیش‌بینی بیماری منجر می‌شود؛ درحالی‌که الگوی سنتی، تنها به کنترل عوارض بیماری می‌پردازد. با این اوصاف می‌توان از طریق روان‌درمانی به درمان بیماری‌های روان‌تنی و شبه‌روان‌تنی، مانند سرطان پرداخت. و نکته قابل‌توجه دیگر در مطالعهٔ حاضر این است که این متغیرها به‌صورت ناهشیار در ذهن فرد وجود دارد؛ ولی میزان هشیاری به آن‌ها متفاوت است. درواقع تحریک‌کردن و بالاآوردن آن‌ها به حیطهٔ هشیاری سبب سنجش واقعی این متغیرها می‌شود. براساس جمع‌بندی موارد ذکرشده در بالا، پژوهش حاضر با هدف شناسایی فرایندهای طبیعی و کژکار شخصیت که احتمال می‌رود در سرطان نقش داشته باشند، تدوین شده است.

1. psychopath
2. self-sacrifice
3. big five personality theory
4. neuroplasticity

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر از نوع کیفی و طرح پژوهش، براساس مورد پژوهشی بالینی انجام شده است. مورد پژوهی بالینی، یک سبک از مطالعهٔ منحصربه‌فرد است که در آن مداخلات، سنجش و ارزیابی‌ها بر طبق دستورالعمل خاصی انجام می‌شود. مطالعات موردی اغلب در تحقیقات اکتشافی استفاده می‌شود و می‌توانند به پژوهشگران برای ایجاد ایده‌های جدید درمانی و تشخیصی کمک کنند. این روش نشان می‌دهد که چگونه جنبه‌های مختلف زندگی یک شخص با یکدیگر مرتبط است. برای نمونه، مطالعهٔ آگازی، تان و یین‌تان (۱۱) با بهره‌گیری از مورد پژوهشی بالینی، بینش جدیدی در تشخیص و ارزیابی و ارائهٔ روش‌های درمان نوین و منحصربه‌فرد، برای بیماری‌های مختلف فراهم نموده است. در مطالعهٔ حاضر نیز، برای محقق کردن هدف پژوهش که ارائهٔ الگوهای شخصیتی فرد بیمار است این روش، اطلاعات غنی و ارزشمند کیفی را در کنار اطلاعات کمّی ارائه می‌دهد؛ بینشی نو برای پژوهش‌های بعدی فراهم می‌کند و تئوری‌های مرتبط با مبانی زیستی و روانی و اجتماعی سرطان را پربارتر می‌سازد. براین اساس برای سنجش و ارزیابی متغیرهای شخصیت و الگوی کژکار شخصیت در فردی که در حالت منحصربه‌فرد یا یک وضعیت حاد است، پژوهشگر به جنبه‌های کل‌نگر توجه می‌کند و درصدد ارائهٔ داده‌های عینی و درعین‌حال عمیق و تاحدودی قابل‌تعمیم در فرد است.

نمونهٔ این پژوهش، یک بیمار زن ۲۵ساله به نام «م.ق» مبتلا به سرطان خون بود که مدت ۲۰ روز از تشخیص قطعی بیماری او می‌گذشت و در بیمارستان شریعتی تهران، در حال طی‌کردن فرایند درمان و ارزیابی شدت بیماری بود. سرطان خون یکی از معدود سرطان‌هایی است که تنها دارای نوع حاد و مزمن است و تفاوت معناداری در دو جنس، ازلحاظ ابتلا و میزان مرگ‌ومیر وجود ندارد (۱۲). براین اساس نمونهٔ پژوهش حاضر مشمول تفاوت‌های جنسیتی و نوع سرطان نمی‌شود.

ب) ابزار و مواد

در این پژوهش از مصاحبهٔ عمیق پویشی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.7.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.80]

استفاده شده است. مصاحبهٔ پویشی، بدین‌منظور صورت می‌گیرد که خصیصه‌های اخیر موجود در پژوهش‌ها را به‌صورت دقیق در بیمار وارسی کند. مصاحبهٔ شخصیت سوآپ[1] تمامی زوایای نظری و بالینی برای توصیف شخصیت بیمار را فراهم می‌آورد (۱۳). درمانگر، دویست عبارت توصیفی دربارهٔ بیمار را براساس میزان شدت ارتباط آن‌ها با شخصیت وی، در یک طیف لیکرت ۰ تا ۷ ارزیابی و نمره‌دهی می‌کند (۱۴). جهت انجام آزمون سوآپ نیاز است مؤلفهٔ سؤالات مربوط به هریک از متغیرهای شخصیت در قالب مصاحبهٔ پویشی به‌صورت جداگانه از بیمار پرسیده شود. پایایی درونی این آزمون در تمام مطالعات بالای ۰/۸۰ و ۰/۰۹ بوده است (۱۳). پایایی متوسط آزمون- بازآزمون ۶ تا ۹ماهه، برای مقیاس‌های عامل صفات ابعادی در دامنهٔ ۰/۷۷ تا ۰/۹۶ بوده است. (۱۵). شکاف بین تشخیص عمیق بالینی و تشخیص عینی یا علمی، تا حد زیادی تا به امروز وجود داشته است؛ ولی می‌توان گفت یك علم خوب و یك کار بالینی خوب، نتیجهٔ تعامل دوطرفهٔ این دو است. تعامل مشاهده و قضاوت سبب ایجاد یك فرضیهٔ قابل‌بررسی خواهد شد.

سوآپ، آزمونی است که این شکاف را پر کرده است. آزمون سوآپ نه‌تنها نقش قضاوت و هنر بالینی را نادیده نگرفته است، بلکه با داشتن یك زبان مشخص و واحد تشخیصی سبب شده است که مشاهدات درمانگران از بیماران با لغات واحد قابل‌ارزیابی باشد و ملاک‌های تشخیصی علمی و استاندارد در آن‌ها لحاظ شود؛ به‌طوری‌که امروزه در بسیاری از مراکز درمانی به‌روز سلامت روان و پژوهش‌های شخصیت مورد استفاده قرار می‌گیرد.

سوآپ آزمونی است که امکان فراهم کردن یك توضیح جامع، چندبعدی، استاندارد، عمیق و کمّی را برای بالینگران فراهم می‌کند. تمام مؤلفه‌های سوآپ از طیف گسترده‌ای از منابع ادبیات بالینی آسیب‌شناسی شخصیت در ۵۰ سال اخیر، پژوهش‌های گسترده بر مکانیسم‌های مقابله‌ای، دفاع‌ها و تنظیم هیجان، پژوهش‌های کارکرد بین‌فردی در افراد دارای اختلالات شخصیت و خصیصه‌های شخصیتی در جمعیت غیربالینی به دست آمده است. کارآمدی آیتم‌های سوآپ در طول ۱۲سال با در نظر گرفتن نظرات بیشتر از دوهزار مشاور و درمانگر، مورد ارزیابی و اصلاح قرار گرفته است. اجرای این آزمون نیازمند یادگیری مهارت بالینی در مصاحبهٔ تشخیصی بر پایهٔ مبانی نظری، نحوهٔ کار با نرم‌افزار سوآپ-۲۰۰، نحوهٔ تفسیر نتایج آزمون (سه نمودار ارزیابی) و نحوهٔ استفاده از نتایج آزمون، در کار بالینی است (۱۶).

ج) روش اجرا و تحلیل داده‌ها

برای ارزیابی عمیق متغیرهای شخصیت طبیعی و کژکار بیمار مبتلا به سرطان، گزینه‌های پرسشنامه‌های شخصیت ذکرشده در مقدمه، براساس ارزیابی مصاحبه‌گر از بیمار و نه به‌صورت خودسنجی پاسخ داده می‌شود. به‌عبارتی‌دیگر، سؤالات مصاحبهٔ بالینی براساس مبانی نظری متغیرهای شخصیت بیمار پرسیده خواهد شد. این روش در پاسخ به پیش‌بینی کم و عدم کاربردی بودن اطلاعات پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی هنگام ارزیابی رفتار عینی پاسخ‌دهنده ایجاد شده است (۱۶). این روش در پرسیدن سؤالات شخصی از مراجع و کدگذاری آن‌ها در قالب متغیرهای شخصیت به‌روز و اثرگذار در حوزهٔ روان‌شناسی نیز انجام شد. به همین دلیل، این پژوهش انسجام دنیای ذهنی مراجع براساس متغیرهای عینی و کمی است و این کار الگوی مصاحبه‌های بالینی عمیق، دشوار و به‌شدت زمان‌بر (بین ۵ تا ۱۰ ساعت) است که نمونهٔ آن در آزمون سوآپ دیده می‌شود. در ادامه در بخش یافته‌ها، متغیرهای ذکرشده در ابزار و نمرهٔ بیمار و سپس نتایج ارزیابی پویشی شخصیت بررسی می‌شود.

یافته‌ها

الف- یافته‌های ارزیابی متغیرهای شخصیت در بیمار

بخشش: در این بیمار، بخشش خود، پایین و بخشش دیگران و موقعیت‌ها بالا بود. بخشش خود در مقابل داشتن توقع بالا از خود، شامل کینه به دل گرفتن از خود هنگام اشتباهات، دوست نداشتن خود بعد از خرابکاری، نبخشیدن خود برای مشکلات ایجادکرده در زندگی، به دوش گرفتن مشکلات دیگران، جمع‌کردن خرابکاری دیگران توسط خود و

1. Shedler & Westen Assessment Procedure (SWAP)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.7.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.80]

مسئول دانستن خود برای اشتباهات دیگران است. فداکردن خود به‌خاطر اعضای خانواده، جامعه و اطرافیان، خصوصاً مراجع قدرت، صفتی ناسازگار در جوامع خودشیفته ازجمله ایران است (۱۷) که در این بیمار دیده شد.

کمال‌گرایی: از میان ابعاد کمال‌گرایی (کمال‌گرایی خودمحور[1]، دیگرمحور[2] و جامعه‌محور[3]) در این بیمار، کمال‌گرایی جامعه‌محور بالا و قابل‌بررسی بود و مسائل زیر دیده شد:

سرزنش به دلیل انجام اشتباه در کودکی، برآورده کردن توقعات دیگران از خود، انتظار اطرافیان از فرد برای بهتر بودن و موفق بودن در هر کاری، والدینی سخت‌گیر که دائماً اشتباهات فرد را به چشمش آورده‌اند. کمال‌گرایی جامعه‌محور در مقابل بی‌توجهی به ایدئال‌های خانواده و دیگران، خودمحور بودن و انگیزهٔ درونی[4] در امور، گیر نکردن در اصول خانواده و جامعه و دیدن نیازهای خود هنگام توقعات دیگران قرار می‌گیرد.

جامعه‌پسندی: انجام رفتار غیرمنطبق با واقعیت در دو مدل خودفریبی[5] و فریب دیگران[6]، نشان‌دهندهٔ جامعه‌پسندی است (۱۸،۱۹). در این بیمار، خودفریبی بیشتر از فریب دیگران دیده شد؛ درواقع این بیمار به فرایند نقش بازی کردن برای ارائهٔ تصویر بهتر پیش دیگران آگاه نیست. این الگو به‌دلیل همراه نشدن با خودشناسی می‌تواند منجر به بیماری شود (۲۰). به دلیل اینکه نقش بازی کردن با منافع همراه است، جامعه‌پسندی در شکل فریب دیگران، با متغیر سه‌گانهٔ تاریک مرتبط می‌شود.

سه‌گانه تاریک (۲۱): در این بیمار از میان زیرمقیاس‌های سه‌گانهٔ تاریک، ماکیاولیسم پایین، ضداجتماعی پایین و خودشیفتگی بالایی دیده شد. خودشیفتگی بالا با نیاز به تحسین دیگران، نیاز به جلب‌توجه، نیاز به قرارگرفتن در جایگاه اجتماعی بالا و کسب قدرت، چسبیدن به اصول و قدرت حاکم بر جامعه برای حفظ وجههٔ اجتماعی و ارزش خودموقعیتی[7] همراه بود. ارزش خودموقعیتی درواقع افزایش ارزش خود در صورت مورد توجه دیگران واقع‌شدن است که با ارزش خود اصیل، شدیداً رابطهٔ منفی دارد (۲۲).

ارزش خود: ارزش خود پایین، در بیمار مشهود بود. ارزش خود در مقابل وابستگی[8]، حریم خود[9] و خودشیفتگی قرار می‌گیرد (۲۳).

سرکوب[10] (۲۴): سرکوب فوق‌العاده بالا در بیمار مشاهده شد. سرکوب هیجان خشم، وسواس بالا، افسردگی بدون اضطراب، وجود اضطراب ناهشیار، دردهای متعدد معده و شکم، سرکوب خشم در موقعیت‌هایی که نیاز به دفاع از خود وجود دارد، مانند سکوت در مقابل ظلم بالادستی‌ها نشان‌دهندهٔ سرکوب بالاست. سرکوب در مقابل ابراز خود[11] قرار می‌گیرد. خودمهارگری[12] بالا در کنار خودشناسی[13] پایین، همبود وسواس و سرطان را نشان می‌دهد. انکار داشتن احساسات متعارض[14] به مادر و پدر و ابراز سخت و دشوار خشم در موقعیت‌های مختلف از مؤلفه‌های بررسی‌شده برای تشخیص سرکوب در بیمار بود. سرکوب بالا در پژوهش‌های پیشین نیز یکی از عوامل اصلی همراه با سرطان شناخته شده بود (۲۵).

خودمهارگری: خودمهارگری بالا در این بیمار از روی ترس و نه شناخت و انگیزهٔ درونی است. خودمهارگری در مقابل تکانه‌ای بودن[15]، رفتار تند و غیرقابل‌پیش‌بینی و انجام ناهشیار رفتارها قرار می‌گیرد. می‌توان گفت معمولاً افراد مبتلا به سرطان از بیان احساسات خود خودداری می‌کنند تا زمانی که با اصرار، آن‌ها را به زبان بیاورند (۲۶،۲۷).

ساختارگرایی دینی[16]: پایبندی و چسبندگی به فرهنگ حاکم بر جامعه و اعتقاد به شیطان در بیرون

1. self-oriented perfectionism
2. other-oriented perfectionism
3. socially prescribed perfectionism
4. intrinsic motivation
5. self-deceive
6. other-deceive
7. self-esteem
8. dependency
9. self-boundary
10. repression
11. self-expression
12. self-control
13. self-knowledge
14. controversial feelings
15. impulsivity
16. religious fundamentalism

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.7.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.80]

از خود (۲۸)؛ بیمار به همین صورت که شیطان را عاملی بیرونی می‌بیند، عامل مشکل و بیماری را نیز در بیرون از خود می‌جوید، درحالی‌که به‌صورت عینی حمله در درون بدن او اتفاق افتاده است. افراد دارای خودشناسی، شیطان را عاملی درونی می‌دانند و درنتیجه کنترل آگاهانه‌ای روی رفتارهای خویش دارند (۲۹).

بهوشیاری: توجه و آگاهی بهوشیارانه بسیار پایین ارزیابی شد. بهوشیاری در مقابل چسبندگی، همانندسازی[1]، نزدیکی کورکورانه و وسواس[2] (واکنش به ذهن) قرار می‌گیرد (۳۰). مثال: «خیلی از کارها را بدون توجه به اینکه دارم چه می‌کنم یا برای رسیدن به اهداف در حال انجام چه کارهایی هستم، انجام می‌دهم! در همان حال که به حرف کسی گوش می‌دهم، در حال انجام کاری دیگر هستم».

شفقت به خود: شفقت به خود، فوق‌العاده پایین ارزیابی شد. سخت‌گیری به خود، احساس حقارت هنگام شکست، احساس تنهایی هنگام شکست، محکوم کردن عیب‌ها و نقص‌های خویش و عدم صبر و تحمل نسبت به ابعاد دوست‌نداشتنی شخصیت خود و سرکوب آن‌ها در این بیمار دیده شد. شفقت به خود در برابر افراط و زیاده‌روی در انجام امور، انجام ایدئال و بی‌نقص امور و غرق کردن خود در کارها بدون توجه به بدن و خواسته‌های خود، قرار می‌گیرد (۳۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد غرق شدن در کارها با شفقت رابطهٔ منفی و با بیماری رابطهٔ مثبت دارد (۳۲)؛ همچنین در این فرد، ترحم به خود[3] جای شفقت دیده شد. زیربنای ترحم، نفرت است؛ ترحم نشان‌دهندهٔ بزرگی خود و حقارت فرد مورد ترحم است و لذا با خودشیفتگی همراه است (۳۳). ترحم با واژه‌های بدبخت، بیچاره، دلسوزی و افعال شکرگزاری برای جای طرف مقابل نبودن همراه بود. دلیل استفاده از واژهٔ ترحم به خود، این است که افرادی که با دیگران این‌گونه رفتار می‌کنند با خودشان نیز این‌گونه هستند؛ یعنی خود را زیر سایهٔ افرادی قرار می‌دهند که به آن‌ها ترحم داشته باشند تا شفقت.

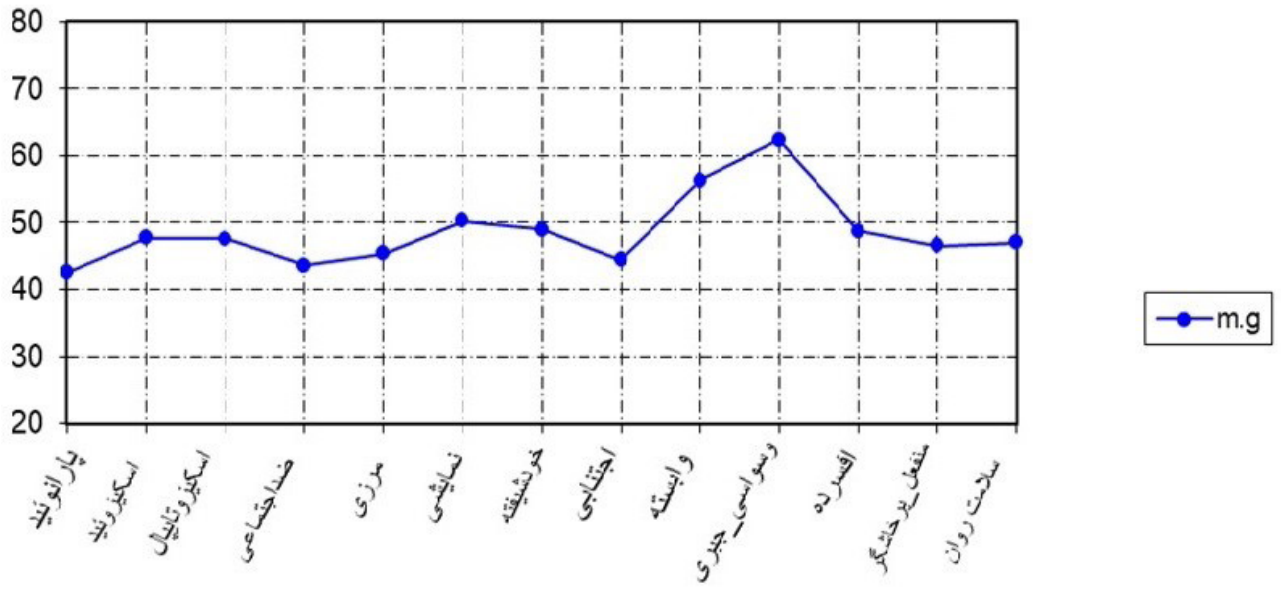
خودشناسی: خودشناسی انسجامی پایین، در بیمار مشهود بود. ناآگاهی به افکار و احساسات در لحظهٔ حال، عدم ارتباط بین احساسات اکنون و گذشته در زندگی، نشناختن جایگاه هیجانات در بدن و توجه به آن‌ها، عدم عبرت‌گیری از زندگی گذشته برای پیدا کردن مسیر زندگی اکنون، شخصی و گیج شدن هنگام پیدا کردن نقش خود در یک مشکل، بیانگر خودشناسی پایین است. خودشناسی انسجامی، یعنی پیدا کردن نقش و جایگاه خود هنگام مواجهه با هر مشکل، بیرونی‌سازی نکردن مسائل و پیداکردن مسئولیت خود در ایجاد مشکل، وقت گذاشتن برای شناخت افکار، احساسات و هیجانات دردناک خود برای مواجه بهتر با چالش‌های زندگی، توجه به افکار و احساسات و سرکوب نکردن آن‌ها (۳۴).

ب- ارزیابی الگوهای کژکار شخصیت بیمار برپایهٔ آزمون سوآپ

در ادامهٔ مصاحبهٔ تخصصی آزمون SWAP از بیمار گرفته شد که نتایج به‌دست‌آمده در شکل زیر شایان ملاحظه است.

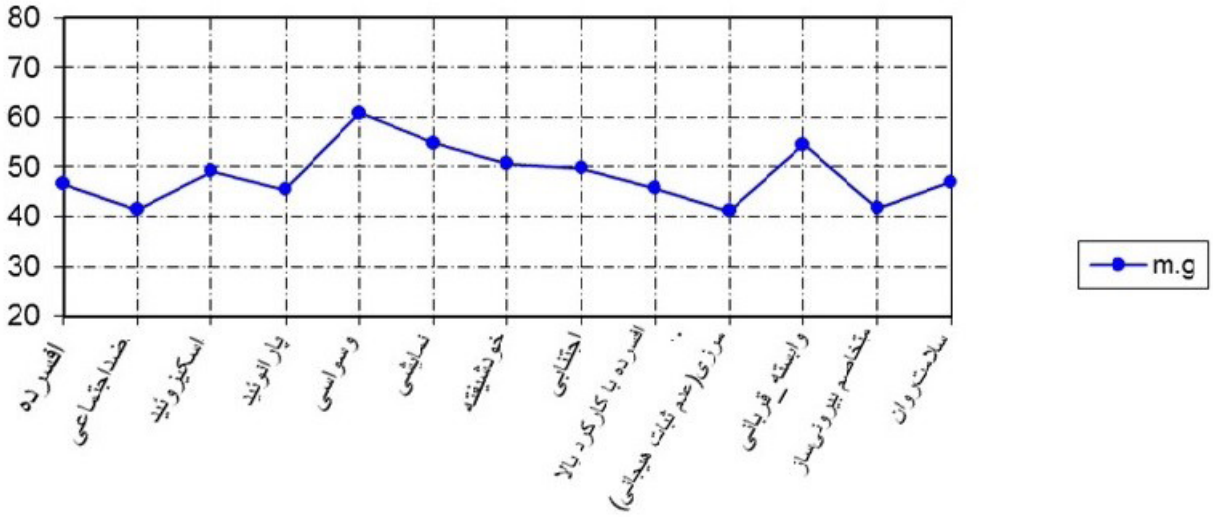
1. identification
2. obsession
3. self-pity

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.7.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.80]



شکل ۱ـ نمرات الگوهای کژکار شخصیت بیمار دارای سرطان

بر اساس شکل ۱ نمرات الگوهای کژکار شخصیت بیمار مشخص شده است. همان‌طور که در شکل مشاهده می‌شود، نمرات این بیمار در الگوی شخصیتی پارانوئید 42، اسکیزوئید 47، اسکیزوتایپال 47، ضداجتماعی 43، مرزی 45، نمایشی 50، خودشیفته 48، اجتنابی 44، وابسته 56، وسواسی‌اجباری 62، افسرده ۴۸ و منفعل‌پرخاشگر ۴۶ و سلامت روان 47 به دست آمده است. نمرات بالای ۵۰، قابل‌بررسی و نمرات بالای ۶۰ الگوی کاملاً کژکار شخصیت محسوب می‌شود. نمرات زیر ۵۰ تحت شرایط هیجانی شدید فعال می‌شوند و الگوی قالبی رفتاری بیمار نیستند. شخصیت وابسته، وسواسی‌اجباری با رگه‌های نمایشی، الگوی بیمار سرطانی را می‌سازند. در ادامه نیمرخ الگوهای تسهیل‌کنندهٔ درمان براساس شاکلهٔ شخصیت[1] بیمار نمایش داده می‌شود.

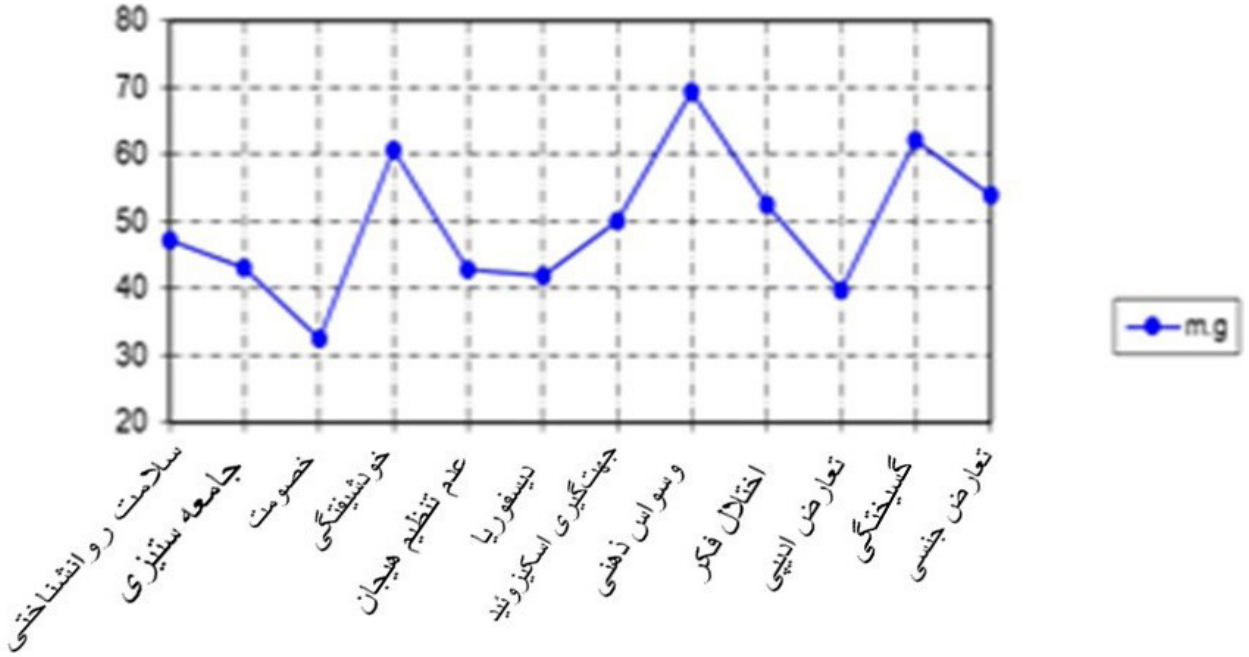


شکل ۲ـ الگوهای شخصیتی، تسهیل‌کنندهٔ درمان در بیمار مبتلا به سرطان

1. personality prototype

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.7.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.80]

همان‌طور که شکل ۲ نشان می‌دهد، نمرات این فرد در الگوی شخصیتی افسرده ٤٦، ضداجتماعی ٤١، اسکیزوئید- اسکیزوتایپال ٤٩، پارانوئید ٤٥، وسواسی ٦٠، نمایشی ٥٤، خودشیفته ٥٠، اجتنابی ٤٩، افسرده با کارکرد بالا ٤٥، مرزی- ناپایداری هیجانی ٤١، وابسته- قربانی ٥٤، متخاصم- برونی‌ساز ٤١ و سلامت روان ٤٧ بوده است. در این فرد الگوی شخصیت وسواسی‌اجباری با وابستگی همراه شده است و او تمایلی ناهشیار به قربانی کردن خود در موقعیت‌های خاص دارد که گاهی اوقات جنبهٔ نمایشی به خود می‌گیرد. در ادامه الگوی روان‌رنجوری بیمار بر پایهٔ ساختار شخصیت او ارائه می‌شود.



شکل ۳؛ الگوی روان‌رنجوری بیمار بر پایهٔ شخصیت او

همان‌طور که در شکل مشاهده می‌شود، نمرهٔ این بیمار در سلامت روان ٤٧ و در الگوهای جامعه‌ستیزی ٤٣، خصومت ٣٢، خودشیفتگی ٦٠، عدم‌تنظیم هیجان ٤٢، دیسفوریا ٤١، جهت‌گیری اسکیزوئید ٥٠، وسواس ذهنی ٦٩، اختلال فکر ٥٢، تعارض ادیپی ٣٩، گسیختگی ٦٢ و تعارض جنسی، ٥٣ بوده است. این خصیصه‌ها در این بیمار نشان‌دهندهٔ وجود خصیصه‌های وسواسی‌اجباری و خودشیفتگی در کنار هم است. ضمن اینکه گسیختگی به‌عنوان شاخص سنجش اضطراب تخلیه‌شده در مسیر بدنی آشوب فکری در این بیمار می‌تواند به افکار وسواسی و نامعقول دامن بزند. در ادامه موارد شخصیتی قابل‌بررسی در ارزیابی پویشی بیمار بررسی شد (جدول ١).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.7.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.80]

جدول ۱ـ موارد شخصیتی قابل‌بررسی در ارزیابی پویشی بیمار

موارد مربوط به اختلال وابستگی	گرایش دارد بیش از حد محتاج دیگران باشد.	از تنهایی می‌ترسد و برای اجتناب از آن دست به هر کاری می‌زند.	در روابطی درگیر می‌شود که مورد سوءاستفاده قرار بگیرد.	گرایش به سرزنش خود در موقعیت‌های بد دارد.	در اذعان خشم مشکل دارد.	گرایش به بازداری خواسته‌ها و مقید بودن به قیود اجتماعی دارد.
موارد مربوط به اختلال وسواسی اجباری	گرایش به دغدغه بیش‌ازحد به روال و قوانین جامعه دارد.	گرایش دارد به شکل انعطاف‌ناپذیری به عادات روزمره بچسبد.	گرایش دارد مضطرب باشد.	نقایص انسانی خود را نمی‌پذیرد و تاب و تحمل بدی خود را ندارد.	گرایش دارد برای خود قوانین سختی تعیین کند.	دور انداختن اشیاء حتی اگر بی‌ارزش باشند، برایش فوق‌العاده دشوار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف فهم فرایندهای طبیعی و کژکار شخصیتی‌ای که احتمالاً در سرطان نقش دارند، انجام شده است. روش پژوهش، موردپژوهی بالینی براساس الگوی زیستی- روانی- اجتماعی سلامت و مدل پویشی از شخصیت است و با استفاده از آزمون ارزیابی شدلر و وستن (سوآپ)، شخصیت بیمار و الگوهای شخصیتی طبیعی و کژکار احتمالی اثرگذار در سرطان در بیمار ارزیابی شد. براساس یافته‌های موردپژوهی این بیمار دارای سرطان خون، مشخص شد الگوی شخصیت وسواسی‌اجباری این بیمار هنگام همراه شدن با وابستگی سبب می‌شود این فرد جای تعیین قواعد سرسختانه برای خود، به قواعد سخت‌گیرانهٔ اطرافیان و مراجع قدرت تن دهد. در این صورت برای بقاء، خود را وقف آن‌ها می‌کند. او در محل کار به قوانین رئیس پایبند است. در خانه از پدر اطاعت تمام و کمال دارد و هنگام رابطه با دوستان خود به آن‌ها می‌چسبد و نیازهای خود را نادیده می‌گیرد. این الگو سبب می‌شود بیمار برای اینکه مصاحبه‌کننده را از دست ندهد مطابق با میل و تمایل او رفتار کند و جوری وانمود کند که مصاحبه‌گر از او می‌خواهد. درصورتیکه این بیماران به روان‌درمانگر مراجعه کنند، درمانگر باید روی احساسات منفی مانند خشم شدیدی که در پس این الگو نهفته است تمرکز کند تا کم‌کم بیمار متوجه دفاع وابستگی که روی نفرت او سوار شده است، شود. براساس الگوی به‌دست‌آمده، افراد وابسته معمولاً در رابطه با پدر نسبت به رابطه با مادر، مشکلات بیشتری داشته‌اند (۳۵).

خصیصه‌های شخصیتی در این بیمار، نشان‌دهندهٔ وجود ویژگی‌های وسواسی‌اجباری و خودشیفتگی در کنار هم است. خودشیفتگی روی دیگر وابستگی است که نشان می‌دهد این افراد خشم را در وسواس و عشق را در خودشیفتگی سرکوب می‌کنند؛ به‌عبارتی‌دیگر وسواس در این افراد، نتیجهٔ سرکوب خشم و خودشیفتگی نتیجهٔ سرکوب عشق است. ارائهٔ الگوی درمانی مبتنی بر تجربهٔ خشم، پشت دفاع‌های وسواسی و تجربهٔ عشق پشت دفاع‌های خودشیفته می‌تواند برای این فرد، شفابخش باشد. در درجهٔ اول این پژوهش مدلی کلی و کامل از متغیرهای شخصیت همبسته با سرطان را ارائه داد. در پژوهش‌های پیشین، این متغیرها به‌صورت پراکنده و بیشتر در قالب زیستی بررسی شده بودند و به ابعاد روان‌شناختی سرطان توجهی نشده بود یا تنها به الگوهای مواجهه با سرطان توجه شده بود (۳۶،۳۷). شناسایی متغیرهای قابل‌دستکاری سرطان در این پژوهش می‌تواند برای پیشگیری از سرطان، جلوگیری از عود سرطان و نحوهٔ تعامل سازنده با بیمار سرطانی به کار گرفته شود. با توجه به اینکه متغیرهای شخصیتی تغییرپذیر است، مداخلات مبتنی بر تغییرات آن‌ها می‌تواند برای کنترل علائم این بیماری به کار گرفته شود. آگاهی به الگوی شخصیتی پیش‌بینی‌کنندهٔ سرطان، این بیماری را قابل‌کنترل می‌سازد.

با توجه به ارتباط بالای سرکوب هیجانات با سرطان و معرفی سرکوب به‌عنوان فرایندی روانی که بارها به‌صورت آزمایشی بررسی شده است (۳۸)، در این پژوهش مشخص شد سرکوب هیجانات، یکی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.7.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.80]

از همبسته‌های الگوهای کژکار شخصیت وابسته و وسواسی‌اجباری است. این همبستگی معمولاً در سرکوب هیجان خشم دیده می‌شود؛ الگویی که می‌تواند در پژوهش‌های آتی در بیماران سرطانی به‌طور دقیق سنجیده شود.

روایی و پایایی SWAP پیش‌تر در تشخیص‌های هم‌زمان پزشکی و روان‌شناسی توسط متخصصان تأیید شده است (۳۹). درنتیجه می‌توان الگوهای کژکار شخصیت وابسته و وسواسی‌اجباری مشاهده‌شده را به سایر موارد بیماران سرطان نیز تعمیم داد. براساس این الگو می‌توان گفت برخلاف انتظار معمول، دامن زدن بر وابستگی بیمار مانند شلوغ بودن دور او و تشکیل گروه‌های دوستی بر وابستگی و میزان جامعه‌پسندی بیمار می‌افزاید؛ درنتیجه فشار بیشتری برای سرکوب به خودش می‌آورد و ممکن است درمان بیماری در او بی‌فایده شود. این یافته با داستان‌های نقل‌شده از سوی بیماران سرطانی همخوان است که خود را هنگام حمایت بیشتر اطرافیان بعد از بیماری، درمانده‌تر حس می‌کردند (۴۰).

این پژوهش برای جلوگیری از هرگونه انحراف از ساحت علمی، براساس مصاحبهٔ بالینی انجام شد. قبل آن بررسی متغیرهای به‌روز شخصیت که در پژوهش‌های عینی به کار گرفته شده، از آزمون سوآپ استفاده کرده است. این آزمون بین‌المللی نشان‌دهندهٔ انسجام بین دنیای ذهنی و عینی است و بسیار زمانبر و عمیق است. سؤالات پرسیده‌شده از مراجع در این آزمون، عینی و بر مبنای اختلالات شخصیت و چند محور کدگذاری می‌شود. این روش در پرسیدن سؤالات شخصی از مراجع و کدگذاری آن‌ها در قالب متغیرهای شخصیت به‌روز اثرگذار در روان‌شناسی نیز انجام شد. به همین دلیل این پژوهش انسجام دنیای ذهنی مراجع براساس متغیرهای عینی و کمّی است. این کار الگوی مصاحبه‌های بالینی عمیق، دشوار و به‌شدت زمانبر (بین ۵ - ۱۰ ساعت) است که نمونهٔ آن در آزمون سوآپ دیده می‌شود.

به همین دلیل در این پژوهش سعی شده است با انجام آزمون عینی سوآپ و استفاده از آزمون عمیق پویشی، صفات ساختاری فراگیر بیمار تعیین شود. یکی از انتقادهای قابل‌بررسی به این پژوهش، تعمیم سرطان خون بیمار به انواع سرطان‌ها است؛ البته با توجه به اینکه الگوی زیستی ایجاد تمامی سرطان‌ها یکسان و نوع آن‌ها به ساختار فیزیولوژی و بدنی بیمار بستگی دارد (۴۱-۴۳) و پژوهش حاضر نیز به سبب‌شناسی شخصیتی سرطان و الگوهای روبنایی آن می‌پردازد، این انتقاد نیز تا حدی قابل پاسخگویی است. انتقاد بعدی به روش پژوهش حاضر، تأثیر بافت بر روی متغیرهای شخصیت است؛ برای مثال در این بیمار، ساختارگرایی بالا می‌تواند ناشی از قرارگرفتن در فضای ساختارمندی مانند بیمارستان باشد. با وجود این، انجام مصاحبهٔ عمیق پویشی و بازگوکردن مثال‌هایی از رفتارهای خارج از بافت بیمارستان، این چالش را پاسخ می‌گوید.

درنهایت می‌توان گفت تعمیم و نتیجه‌گیری دربارهٔ متغیرهای شخصیت این پژوهش می‌تواند راهگشای خط پژوهشی سنجش متغیرهای شخصیت ذکرشده در بیماران سرطانی و مقایسهٔ آن‌ها با افراد غیربیمار شود. در راستای این پژوهش می‌توان به ارائهٔ دستورالعمل اختصاصی روان‌درمانی و برخورد بالینی پزشکان و اطرافیان با بیمار سرطانی در راستای بهبود میزان همکاری بیمار با پزشک و فرایندهای درمانی بیماری‌های روان‌تنی، پرداخت.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.7.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.80]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.7.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.80]

Reference

1. Salehi R, Dehshiri G. Post-traumatic growth in cancer patients: the role of psychological well-being, spiritual well-being, subjective well-being and hope. Journal of Research in Psychological Health, 2018; 12(2): 1-13. [Persian]

2. Hanahan D. Rethinking the war on cancer. The Lancet, 2014; 383(9916): 558-563.

3. Strozier CB, Strug DL, Pinteris K, Kelley K. Heinz Kohut's theory of aggression and rage. Psychoanal Psychol, 2017; 34(3): 361.

4. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Psychother Psychosom, 2009; 78(5): 265-274.

5. Abbass A, Town J, Driessen E. Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. Harv Rev Psychiatry, 2012; 20(2): 97-108.

6. Abbass A, Kisely S, Rasic D, Town JM, Johansson R. Long-term healthcare cost reduction with intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychiatric service.
J Psychiatr Res, 2015; 64: 114-120.

7. Endler NS, Magnusson D. Toward an interactional psychology of personality. Psychological Bulletin Rev, 1976; 83(5): 956974-.

8. Richardson EN, Boag S. Offensive defenses: The mind beneath the mask of the dark triad traits. Pers Individ Dif, 2016; 92: 148-152.

9. Ghorbani N, Watson PJ, Hamzavy F, Weathington BL. Self-knowledge and narcissism in Iranians: Relationships with empathy and self-esteem. Curre Psycholo, 2010; 29(2): 135-143.

10. McCrae RR, Costa PT. The NEO Personality Inventory: Using the Five-Factor Model in Counseling. J Couns Dev, 1991; 69(4): 367-372.

11. Agazzi H, Tan R, Tan SY. A Case Study of Parent–Child Interaction Therapy for the Treatment of Autism Spectrum Disorder. 2013; 428-442.

12. Miltner WH, Witte OW. Neural Plasticity in Rehabilitation and Psychotherapy. J Psychol, 2016; 224(2):59-61.

13. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012; 62(1): 10-29.

14. Westen D, Shedler J. Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. J Abnorm Psycho, 2007; 116(4): 810-822.

15. Westen D, Waller NG, Shedler J, Blagov PS. Dimensions of personality and personality pathology: Factor structure of the Shedler–Westen Assessment Procedure-II (SWAP-II). J Pers Disord, 2014; 28(2): 281-318.

16. Blagov PS, Bi W, Shedler J, Westen D. The shedler-westen assessment procedure (SWAP) evaluating psychometric questions about its reliability, validity, and impact of its fixed score distribution. J Pers Assess, 2012; 19(3): 370-382.

17. Shedler J. Integrating clinical and empirical perspectives on personality: The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP). In: Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment. SK Huprich (Ed). American Psychological Association, 2015.

18. Kormos C, Gifford R. The validity of self-report measures of proenvironmental behavior: A meta-analytic review. J Environ Psychol, 2014; 40: 359-371.

19. Thompson LY, Snyder CR, Hoffman L, Michael ST, Rasmussen HN, Billings LS, ... Roberts DE. Dispositional forgiveness of self, others, and situations. J Perso, 2005; 73(2): 313-360.

20. Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism and perfectionistic self-presentation in social anxiety. In: Social anxiety: clinical, development and social perspectives. SG Hufmann, PM DiBartolo (Eds). Elsevier Science, 2014.

21. Ballard R. Short forms of the Marlowe-Crowne social desirability scale. Psychol Rep, 1992; 7(1): 1155-1160.
22. Kashanaki H, Ghorbani N, Hatami J. The Effect of Social Desirable Behavior Induction on Physical and Mental Health: The Role of Self-Compassion and Mindfulness. Soc Cogn, 2018; 12(6): 39-56. [Persian]
23. Jonason PK, Webster GD. The Dirty Dozen: A concise measure of the Dark Triad. Psychol Assess, 2010; 22(2): 420–432.
24. Brummelman E, Thomaes S, Orobio de Castro B, Overbeek G, Bushman BJ. "That's Not Just Beautiful—That's Incredibly Beautiful!" The Adverse Impact of Inflated Praise on Children with Low Self-Esteem. Psychol Sci, 2014; 25(3): 728-735.
25. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton university press, 2015.
26. Tamagawa R, Giese-Davis J, Speca M, Doll R, Stephen J, Carlson LE. Trait mindfulness, repression, suppression, and self-reported mood and stress symptoms among women with breast cancer. J Clin Psychol Med Settings, 2013; 69(3): 264-277.
27. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. J Pers Disord, 2004; 72(2): 271-324.
28. Ghorbani N, Watson PJ, Tavakoli F, Chen ZJ. Self-control within a Muslim ideological surround: Empirical translation schemes and the adjustment of Muslim seminarians in Iran. RSSSR, 2016; 27: 68-93.
29. Ghorbani N, Watson PJ, Rezazadeh Z, Cunningham CJ. Dialogical validity of religious measures in Iran: Relationships with integrative self-knowledge and self-control of the "Perfect Man" (Ensān-e Kāmel). Archive Psychol Relig, 2011; 33(1): 93-113.
30. Altemeyer B, Hunsberger B. A revised religious fundamentalism scale: The short and sweet of it. J Psychol Relig, 2004; 14(1): 47-54.
31. Watson PJ, Gborbani V, Vartanian M, Oregon Ü. Religious openness hypothesis: II. Religious reflection and orientations, mystical experience, and psychological openness of Christians in Iran. J Psychol Christ, 2015; 34(7): 114-124.
32. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Soc Psychol, 2003; 84: 822-848.
33. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self Identity, 2003; 2(3): 223-250.
34. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. Br J Clin Psychol, 2013; 69(1): 28-44.
35. Zembylas M. In Search of Critical and Strategic Pedagogies of Compassion: Interrogating Pity and Sentimentality in Higher Education. In: Pedagogy of Compassion at the Heart of Higher Education. Theo G (Ed). Springer, 2017.
36. Ghorbani N, Watson PJ, Hargis MB. Integrative Self-Knowledge Scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. Amer J Psychol, 2008; 142(4): 395-412.
37. Westen D, Waller NG, Shedler J, Blagov PS. Dimensions of personality and personality pathology: Factor structure of the Shedler–Westen Assessment Procedure-II (SWAP-II). J Pers Dis, 2014; 28(2): 281-318.
38. Villaron C, Marqueste T, Eisinger F, Cappiello MA, Therme P, Cury F. Links between personality, time perspective, and intention to practice physical activity during cancer treatment: an exploratory study. Psycho-Oncol, 2017; 26(4): 531-536.
39. Latzman RD, Hecht LK, Freeman HD, Schapiro SJ, Hopkins WD. Neuroanatomical correlates of personality in chimpanzees (Pan troglodytes): Associations between personality and frontal cortex. NeuroImage,

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.7.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.80]

2015; 123: 63-71.
40. Spielberger CD, Sarason IG, Kulcsar Z, Van Heck GL (Eds.). Stress and emotion. Taylor & Francis, 2015.
41. Smith SW, Levy SR, Hilsenroth MJ, Fiori K, Bornstein RF. Relationship Between Patient SWAP-200 Personality Characteristics and Therapist-Rated Therapeutic Alliance Early in Treatment. J Nerv Ment Dis, 2016; 204(6): 437-444.
42. De Luca Picione R, Luisa Martino M, Freda MF. Understanding cancer patients' narratives: Meaning-making process, temporality, and modal articulation. J Const Psychol, 2017 ; 30(4) : 339-359.
43. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, ... Bray F. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer, 2013; 49(6): 1374-1403.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.7.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.80]