انعطاف‌پذیری شناختی و کانون توجه در اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی–جبری

حامد جباری قاضی جهانی[1]، علیرضا پیرخائفی[2]

۱. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی شخصیت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).
۲. دانشیار عصب روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره ششم، شماره پنجاه و چهارم، سال ۱۴۰۰، صفحات ۶۳۸-۶۲۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۷/۱۲ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۱**

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی مقایسه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی و کانون توجه در بین دانشجویان مبتلا به اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی–جبری بود. به همین منظور ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران به روش تصادفی چندمرحله‌ای در پژوهش شرکت داده‌شده و به پرسشنامه شخصیتی میلون ۳ پاسخ دادند. در مرحله بعد، دانشجویانی که حداقل نمره ۸۴ را در هر یک از مقیاس‌های مربوطه در این پرسشنامه کسب کرده بودند در دو گروه ۵۰ نفری مبتلایان به اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی–جبری گنجانده‌شده و پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال، و کانون توجه وودی، چامبلس و گلس برروی آن‌ها اجرا گردید. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها بیانگر این بود که بین دو گروه دانشجویان مبتلا به اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی–جبری در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی ($F = 38.78, p < 0.01$)، کانون توجه ($F = 13.02, p < 0.01$)، و مؤلفه‌های آن‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. بدین‌صورت که دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی–جبری در متغیر کانون توجه، مؤلفه کانون توجه متمرکز بر دیگران، متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن نمره کمتر، و در مؤلفه کانون توجه متمرکز بر خود، نمره بیشتری از دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته کسب کردند. بر اساس نتایج این پژوهش، دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته به دلیل ویژگی برون‌گرایی و تلاش برای برقراری ارتباط با دیگران (حتی برای جلب‌توجه و تحسین دیگران)، انعطاف‌پذیری و سازگاری بیشتری نسبت به دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی–جبری از خود نشان می‌دهند که این ویژگی می‌تواند پیامدهای مثبتی برای آن‌ها در پی داشته باشد.

کلیدواژه: انعطاف‌پذیری شناختی، کانون توجه، اختلال شخصیت، خودشیفته، وسواسی–جبری.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

مقدمه

انعطاف‌پذیری شناختی[1] جزء مفاهیمی است که خود را در طیف وسیعی از رفتارها نشان می‌دهد و با توجه به پژوهش‌های پیشین تعریف منسجمی از انعطاف‌پذیری شناختی وجود ندارد. گورتس[2] (۲۰۰۹) انعطاف‌پذیری شناختی را یک جنبه از کارکرد اجرایی می‌داند که به توانایی تغییر در اعمال یا افکار متفاوت، با توجه به ضرورت‌های موقعیتی اشاره دارد. از نظر کوربت[3] (۲۰۰۹) تغییر بین کارها و مجموعه ذهنی، انعطاف‌پذیری شناختی نامیده می‌شود. و دایموند[4] (۲۰۰۶) معتقد است که انعطاف‌پذیری شناختی یعنی توانایی برای تغییر انعطاف‌پذیر دیدگاه‌ها، تمرکز توجه و برنامه‌ریزی پاسخ. پژوهشگران همواره در حوزه انعطاف‌پذیری شناختی دچار پراکندگی بوده‌اند. برخی آن را توانایی شناختی خاص می‌دانند، درحالی‌که برخی دیگر آن را به‌عنوان ویژگی بسیاری از فرایندهای شناختی می‌شناسند (دیک و وایسهارت[5]، ۲۰۱۵). در کل به نظر می‌رسد که توانایی برای تغییر مجموعه شناختی برای سازگاری با محرک‌های محیطی متغیر، جزء اصلی بیشتر تعریف‌های عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی به شمار می‌رود (ویکسل، اولسون و هیس[6]، ۲۰۱۰). کاهش انعطاف‌پذیری شناختی در اختلالات متعددی موردتوجه قرارگرفته است، ازجمله می‌توان اختلالاتی همچون اوتیسم (معماری و همکاران، ۲۰۱۳)، اسکیزوفرنی (توما، ویبل و دام[7]، ۲۰۰۷)، وسواس–جبری (گرونر و پیتنگر[8]، ۲۰۱۷)، و بی‌اشتهایی عصبی (سارار[9] و همکاران، ۲۰۱۱) را نام برد.

متغیر مورد بررسی دیگر در پژوهش حاضر، کانون توجه[10] است. کانون توجه به دو عامل «کانون توجه متمرکز بر خود»[11] و «کانون توجه متمرکز بر دیگران»[12] تقسیم‌بندی می‌شود (وودی، چامبلس و گلس[13]، ۱۹۹۷). توجه متمرکز بر خود به‌عنوان آگاهی از اطلاعات فراگیر درونی که در تقابل با آگاهی از اطلاعات فراگیر بیرونی قرار دارد تعریف می‌شود (اینگرام[14]، ۱۹۹۰). توجه متمرکز بر خود، احاطه بر محیط را کاهش می‌دهد و اثرات منفی دارد. بر اساس مدل شناختی هارتمن[15] (۱۹۸۳)، افرادی که در موقعیت‌های اجتماعی با فرآیندهای متمرکز بر خود درگیر هستند دچار تداخل در عملکرد اجتماعی رضایت‌بخش هستند چون توجه به‌صورت افراطی به سمت جنبه‌های درونی خود ازجمله برانگیختگی، رفتار، افکار، هیجانات یا ظاهر انتقال می‌یابد. از سویی، توجه متمرکز بر دیگران حالتی است که در آن فرد به هنگام تعاملات اجتماعی بر حرکات، اعمال و گفته‌های دیگران متمرکز می‌شود و توجه به سمت

[1] Cognitive flexibility
[2] Geurts
[3] Corbett
[4] Diamond
[5] Deák & Wiseheart
[6] Wicksell, Olsson, & Hayes
[7] Thoma, Wiebel, & Daum
[8] Gruner & Pittenger
[9] Sarrar
[10] Attention focus
[11] Self-focused attention
[12] Other-focused attention
[13] Woody, Chambless, & Glass
[14] Ingram
[15] Hartman

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

اشخاص و حوادث در محیط بیرونی هدایت می‌گردد (اینگرام، ۱۹۹۰). دوال و ویکلوند[1] (۱۹۷۲) دو نوع تجربه هشیار خود-آگاهی عینی و فاعلی را فرض کردند. خود-آگاهی عینی[2]، زمانی که توجه شخص بر خود به‌عنوان یک شیء اجتماعی متمرکز است، رخ می‌دهد (توجه متمرکز بر خود)، و خود-آگاهی فاعلی[3]، زمانی است که توجه به‌دوراز خود به سمت اشیا بیرونی هدایت‌شده اتفاق می‌افتد (توجه متمرکز بر دیگران). طبق نظر این دو پژوهشگر، سطح بالایی از خود-آگاهی عینی باعث می‌شود که شخص یک دیدگاه بیرونی (به‌نحوی‌که فرد از بیرون به خود نگاه می‌کند) را اتخاذ کند. این بازنمایی، نوع خاصی از توجه متمرکز بر خود است و مشابه با مفهوم «دیدگاه مشاهده‌گر»[4] کلارک و ولز[5] (۱۹۹۵) است. در مقابل، حالت خود-آگاهی فاعلی، جایی که توجه به سمت اشخاص و حوادث در محیط بیرونی هدایت‌شده است، یک حالت «غیرخود-آگاه» است. طبق نظر دوال و ویکلوند (۱۹۷۲) فرد در حالت خود-آگاهی فاعلی، از خود به‌عنوان یک شیء در جهان آگاه نیست.

شخصیت عبارت است از سبک ویژه تفکر و رفتار هر فرد. به‌بیان‌دیگر، نحوه خاص فکر کردن و رفتار کردن هر فرد بیانگر شخصیت اوست. بدین ترتیب، اگر شخصیت فرد یا الگوهای معمولی پاسخ‌های او در برابر موقعیت‌ها مشخص گردد، می‌توان رفتار فرد را در موقعیت‌های جدید پیش‌بینی کرد (آزاد، ۱۳۹۳). اکثر مردم به طریقی نسبتاً قابل پیش‌بینی و منحصربه‌فرد در مقابل پدیده‌ها واکنش نشان می‌دهند، ولی درعین‌حال نوعی انعطاف‌پذیری سازگارانه نیز دارند، بنابراین شخصیت هر فرد ثابت و ایستا نیست. هر فردی از تجارب گذشته درس می‌گیرد و سعی می‌کند در موقعیت‌های مختلف، پاسخ‌های متفاوت و متنوع نشان دهد تا به‌خوبی از عهده کارها برآید. این یادگیری و انطباق در افرادی که به اختلال شخصیت مبتلا هستند اتفاق نمی‌افتد (کومر[6]، ۲۰۱۵).

اختلال شخصیت، یک الگوی فراگیر، بادوام و غیرقابل انعطاف از تجارب درونی و رفتار بیرونی است که به طرز مشخص با انتظارات فرهنگی فرد تفاوت دارد و به درماندگی یا اختلال منجر می‌شود. طیف محدود تجارب و پاسخ‌هایی که مبتلایان به این اختلالات از خود نشان می‌دهند، اغلب منجر به مشکلات روان‌شناختی، اجتماعی یا شغلی می‌شود. درماندگی و مشکلات ناشی از اختلال شخصیت، در تمام عمر دامن‌گیر فرد می‌شود، ولی انواع این اختلالات از نظر میزان فروپاشی زندگی فرد مبتلا از هم متفاوت هستند، اما بااین‌حال چه اختلال شخصیت خفیف و چه شدید باشد، تمام جنبه‌های وجود فرد را متأثر می‌سازد. درمان این اختلالات از دشوارترین نوع درمان‌های اختلالات روان‌شناختی است. تخمین زده می‌شود که شیوع اختلالات شخصیت در بین بزرگ‌سالان ۴ الی ۱۵ درصد باشد (انجمن روان‌پزشکی امریکا[7]، ۲۰۱۳). اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی-جبری از رایج‌ترین این اختلالات به شمار می‌روند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته[8]، توانایی‌های خود را بیش ازآنچه هست تخمین می‌زنند، موفقیت‌های خود را بزرگ‌تر ازآنچه هست می‌دانند، در همه‌چیز به تحسین دیگران نیاز دارند و با مردم همدلی نمی‌کنند. آن‌ها

[1] Duval & Wicklund
[2] Objective self-awareness
[3] Subjective self-awareness
[4] Observer perspective
[5] Clark & Wells
[6] Comer
[7] American Psychiatric Association
[8] Narcissistic personality disorder

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

معتقدند که برتر و بهتر از دیگران هستند و به‌طور دائم منتظر تعریف و تمجید اطرافیان بوده و از آن‌ها انتظار دارند تا وقت، انرژی و احساسات خود را وقف آن‌ها کنند (گنجی، ۱۳۹۷). ویژگی اصلی اختلال شخصیت وسواسی–جبری[1]، دل‌مشغولی به نظم و ترتیب، کمال‌گرایی، و کنترل روانی و میان‌فردی به قیمت از دست دادن انعطاف‌پذیری، گشودگی و کارآیی است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی–جبری سعی می‌کنند تا احساس کنترل را از طریق توجه زیاد بر مقررات، جزییات پیش‌پاافتاده، روش‌ها و برنامه‌ها حفظ کنند. آن‌ها به‌قدری در مورد اینکه کارها درست انجام شود نگران هستند که در کنار آمدن با نظر فرد دیگر مشکل‌دارند و تائید کردن نقطه نظرات دیگران برای آن‌ها دشوار است و با توجه بیش از اندازه‌ای که بر جزییات از پیش تعیین‌شده دارند مایل نیستند تا تغییرات را در نظر بگیرند (انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۲۰۱۳).

متخصصان حوزه روانشناسی، عموماً در این نکته اتفاق‌نظر دارند که اختلالات شخصیت، اختلالاتی فلج‌کننده و مخرب هستند که در صورت عدم درمان ممکن است اثرات جبران‌ناپذیری را نیز به همراه داشته باشند. این نکته نیز حائز اهمیت است که درمان مؤثر، نیازمند شناخت دقیق ویژگی‌ها، نشانه‌ها و در کل، ابعاد مختلف اختلال مورد بررسی است. در پژوهش حاضر سعی بر آن است تا با شناخت هر چه بیشتر مبتلایان به اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی–جبری، علاوه بر پیشگیری از بروز این اختلالات در افراد مستعد، زمینه‌ساز ایجاد درمان‌های مؤثر در این زمینه باشیم. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی و کانون توجه در بین دانشجویان مبتلا به اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی–جبری می‌باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به نوع متغیرها و شیوه گردآوری داده‌ها به طرح‌های توصیفی از نوع علی–مقایسه‌ای تعلق دارد. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان زن و مرد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران به تعداد ۵۰،۰۰۰ نفر بود که در نیمسال اول تحصیلی ۹۵–۹۶ مشغول به تحصیل بودند که از این تعداد، ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای به‌عنوان نمونه انتخاب گردیدند. بدین‌صورت که از میان ۲۰ دانشکده، ۴ دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، علوم پایه، فنی و مهندسی، و علوم پزشکی به شیوه تصادفی انتخاب و سپس از میان هر دانشکده ۵ کلاس و سپس از میان دانشجویان کلاس‌ها، نیمی از دانشجویان به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. ۵۱ درصد از نمونه‌ها را زنان (۲۰۴ نفر) و ۴۹ درصد را مردان (۱۹۶ نفر) تشکیل می‌دادند و دامنه سنی آن‌ها بین ۲۲ تا ۴۷ سال با میانگین ۳۴/۴۰ و انحراف معیار ۷/۴۸ بود. در مرحله بعد، پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، نمونه انتخاب‌شده به پرسشنامه شخصیتی میلون ۳ (MCMI-III) پاسخ دادند. پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون ۳، به دلیل همسانی بالای آن با نظام طبقه‌بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2] (DSM) و استفاده از روش‌های روان‌سنجی پیشرفته، در این پژوهش مورداستفاده قرارگرفته است. همین‌طور استفاده از نمرات نرخ پایه[3] به‌جای نمرات استاندارد از دیگر نقاط قوت آن نسبت به سایر پرسشنامه‌های شخصیتی به شمار می‌آید که متخصص بالینی را قادر می‌سازد تا تفسیر بسیار

[1] Obsessive-compulsive personality disorder
[2] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
[3] Base Rate

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

دقیق‌تری از نمرات آزمون داشته باشد. در ادامه پژوهش، دانشجویانی که تنها یک نمره برافراشته بالاتر از خط برش ۸۴ در هر یک از مقیاس‌های مربوطه در این پرسشنامه کسب کرده بودند در دو گروه ۵۰ نفری مبتلایان به اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی–جبری گنجانده‌شده و پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (CFI) و کانون توجه وودی، چامبلس و گلس (FAQ) برروی آن‌ها اجرا گردید. شرایط اصلی ورود به پژوهش برای دو گروه مبتلا به اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی–جبری بر اساس پرسشنامه میلون ۳ (با نمره نرخ پایه ۸۴) و داشتن تحصیلات متوسطه به بالابود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل ابتلای همزمان به اختلالات روان‌پریشی، اختلالات شخصیتی و یا سایر اختلالات روانی، عقب‌ماندگی ذهنی و وابستگی دارویی بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه شخصیتی میلون ۳[1] (MCMI-III): آزمون بالینی چند محوری میلون، یک مقیاس خودسنجی است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگ‌سالان ۱۸ سال به بالا مورداستفاده قرار می‌گیرد. نسخه اصلی پرسشنامه میلون برای اولین بار در سال ۱۹۷۷ تدوین شد و یکی از پرکاربردترین پرسشنامه‌ها در حرفه بالینی است. پایایی مقیاس‌ها در مطالعه هنجاریابی پرسشنامه میلون ۳، از دامنه ۸۲٪ برای مقیاس بدنمایی تا ۹۶٪ برای مقیاس شبه جسمی و با متوسط ۹۰٪ برای تمام‌مقیاس‌ها گزارش‌شده است. در مطالعه شریفی (۱۳۸۱)، روایی مقیاس‌های پرسشنامه میلون ۳ از طریق روایی تشخیصی و با محاسبه خصیصه‌های عامل به‌دست‌آمده است. روایی تشخیصی تمام‌مقیاس‌های پرسشنامه میلون ۳ بسیار خوب برآورده شده است. به‌عنوان‌مثال، توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها از دامنه ۰/۵۸ (اختلال شخصیت نمایشی) تا ۰/۸۳ (اختلال هذیانی) و توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها از ۰/۹۳ (اختلال شخصیت منفی گرا) تا ۰/۹۹ (اختلال اضطراب) متغیر است.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی[2] (CFI): این پرسشنامه که توسط دنیس و وندروال[3] (۲۰۱۰) در سال ۲۰۱۰ ساخته‌شده است، یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای کشاکش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی از ۱ تا ۷ می‌باشد و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را بسنجد: الف) میل به درک موقعیت‌های سخت به‌عنوان موقعیت‌های قابل کنترل، ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها و ج) توانایی ایجاد چندین راه‌حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت. این پرسشنامه در کار بالینی و غیربالینی، و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی رفتاری بیماری‌های روانی به کار می‌رود. دنیس و وندروال (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که این پرسشنامه از ساختار عاملی، روایی همگرا، و روایی همزمان مناسبی برخوردار است. این پژوهشگران نشان دادند که دو عامل ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار یک معنی‌دارند و عامل کنترل به‌عنوان خرده مقیاس دوم در نظر گرفته شد. روایی همزمان

[1] Millon Clinical Multiaxial Inventory-III
[2] Cognitive Flexibility Inventory
[3] Dennis, J. P., & Vander Wal

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. این پژوهشگران پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس، ادراک کنترل و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ به‌دست آوردند. در ایران سلطانی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲، ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند. همچنین CFI از روایی عاملی، همگرا و همزمان مطلوبی در ایران برخوردار است. در نسخه فارسی برخلاف مقیاس اصلی که تنها دو عامل به‌دست آمد، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دارای سه عامل ادراک کنترل، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار می‌باشد. روایی همگرای آن با پرسشنامه تاب‌آوری برابر با ۰/۶۷ و روایی همزمان آن با پرسشنامه BDI-II برابر با ۰/۵۰- بود.

پرسشنامه کانون توجه[1] (FAQ): پرسشنامه کانون توجه که توسط وودی و همکاران در سال ۱۹۹۷ تدوین گردیده است، برای اندازه‌گیری کانون توجه افراد در تعاملات اجتماعی ساخته‌شده است. این پرسشنامه از دو زیرمقیاس ۵ گویه‌ای شامل، کانون توجه متمرکز بر خود و کانون توجه متمرکز بر دیگران تشکیل شده است. آزمودنی‌ها به گویه‌های پرسشنامه بر اساس تصور تعامل اجتماعی قبلی پاسخ می‌دهند. هر گویه روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از اصلاً درست نیست (۱)، تا کاملاً درست است (۵)، درجه‌بندی‌شده است. نمرات هر زیرمقیاس به‌وسیله میانگین ۵ گویه محاسبه می‌شود. وودی و همکاران (۱۹۹۷)، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه کانون توجه متمرکز بر خود و پرسشنامه کانون توجه متمرکز بر دیگران را به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضرایب پایایی مقیاس کانون توجه و زیرمقیاس‌های آن به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که به ترتیب برای کل مقیاس ۰/۷۴، زیرمقیاس کانون توجه متمرکز بر خود ۰/۶۸ و زیرمقیاس کانون توجه متمرکز بر دیگران ۰/۵۱ به‌دست آمد که بیانگر پایایی قابل‌قبول پرسشنامه مذکور می‌باشد. خیر و همکاران (۱۳۸۷) روایی سازه‌ای این پرسشنامه را با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس مورد بررسی قراردادند. نتایج این تحلیل دو مؤلفه را نشان داده است که این مؤلفه‌ها جمعاً ۵۵/۵۸ از واریانس نمرات کانون توجه را به خود اختصاص دادند. بنابراین تحلیل مؤلفه‌ای مشخص کرد که مؤلفه اول با ارزش ویژه ۳/۴۷، بیانگر ۳۱/۸۱ درصد از واریانس و شامل ۵ گویه (۳، ۴، ۷، ۹، ۱۰)، مؤلفه دوم با ارزش ویژه ۲/۱۲، بیانگر ۲۱/۱۸ درصد از واریانس و شامل ۵ گویه (۱، ۲، ۵، ۶، ۸) بودند. عامل‌های استخراج‌شده مطابق تحقیقات وودی و همکاران (۱۹۹۷) و ساختار زیربنایی‌شان، عامل ۱: توجه متمرکز بر خود، و عامل ۲: توجه متمرکز بر دیگران، نام‌گذاری گردیدند.

[1] Focus of Attention Questionnaire

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

یافته‌ها

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

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش

متغیرها	جنسیت		وضعیت تأهل		تحصیلات		
	مرد	زن	مجرد	متأهل	لیسانس	فوق‌لیسانس	دکتری
اختلال شخصیت خودشیفته	۳۲	۱۸	۲۱	۲۹	۸	۳۷	۵
اختلال شخصیت وسواسی-جبری	۳۵	۱۵	۱۷	۳۳	۹	۳۴	۷

جدول۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی و مؤلفه‌های آن‌ها

گروه	متغیرها	ادراک گزینه‌های مختلف	ادراک کنترل	ادراک توجیه رفتار	انعطاف پذیری شناختی کل	کانون توجه متمرکز بر خود	کانون توجه متمرکز بر دیگران	کانون توجه کل
اختلال شخصیت خودشیفته	میانگین	۵۸/۷۶	۴۷/۴۶	۱۱/۱۲	۱۱۷/۳۴	۱۶/۳۶	۱۸/۶۴	۳۵/۰۰
	انحراف استاندارد	۴/۷۵۷	۵/۰۰۲	۱/۹۰۲	۱۰/۲۲۸	۲/۳۰۱	۳/۳۸۵	۴/۹۱۵
اختلال شخصیت وسواسی-جبری	میانگین	۵۳/۰۶	۴۴/۵۲	۵/۸۶	۱۰۳/۴۴	۱۸/۳۰	۱۳/۱۴	۳۱/۴۴
	انحراف استاندارد	۴/۶۵۷	۵/۰۱۱	۱/۵۹۰	۹/۵۷۵	۳/۴۰۶	۲/۴۱۶	۴/۸۹۱

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری نمرات متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن

منابع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	معنی‌داری	مجذور ایتا
گروه	ادراک گزینه‌های مختلف	۳۴۲/۲۵۰	۱	۳۴۲/۲۵۰	۱۵/۴۴۳	۰/۰۰۰	۰/۱۳۶
	ادراک کنترل	۲۱۶/۰۹۰	۱	۲۱۶/۰۹۰	۸/۶۱۹	۰/۰۰۴	۰/۰۸۱
	ادراک توجیه رفتار	۶۹۱/۶۹۰	۱	۶۹۱/۶۹۰	۲۲۴/۹۷۷	۰/۰۰۰	۰/۶۹۷
	انعطاف‌پذیری شناختی کل	۳۸۰۶/۸۹۰	۱	۳۸۰۶/۸۹۰	۳۸/۷۸۴	۰/۰۰۰	۰/۲۴۸
خطا	ادراک گزینه‌های مختلف	۲۱۷۱/۹۴۰	۹۸	۲۲/۱۶۳	–	–	–
	ادراک کنترل	۲۴۵۶/۹۰۰	۹۸	۲۵/۰۷۰	–	–	–
	ادراک توجیه رفتار	۳۰۱/۳۰۰	۹۸	۳/۰۷۴	–	–	–
	انعطاف‌پذیری شناختی کل	۹۶۱۹/۲۲۰	۹۸	۹۸/۱۵۵	–	–	–

فرضیه اول پژوهش بیان می‌دارد که بین دو گروه مبتلایان به اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی-جبری در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد. همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود بین دو گروه مبتلایان به اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی-جبری در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی $(F(1,98) = 38.784, p < .0005, Partial\ \eta^2 =$

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

(248/.، مؤلفه توانایی ایجاد چندین راه‌حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت $(F(1,98) = 15.443, p < .0005, Partial$ $\eta^2 = .136)$، مؤلفه میل به درک موقعیت‌های سخت به‌عنوان موقعیت‌های قابل کنترل $(F(1,98) = 8.619, p < .0005,$ $Partial\ \eta^2 = .081)$، و مؤلفه توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها $(F(1,98) = 224.977, p < .0005,$ $Partial\ \eta^2 = .697)$ تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری نمرات متغیر کانون توجه و مؤلفه‌های آن

منابع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	معنی‌داری	مجذور ایتا
گروه	کانون توجه متمرکز بر خود	۹۴/۰۹۰	۱	۹۴/۰۹۰	۱۱/۱۳۶	۰/۰۰۱	۰/۱۰۲
	کانون توجه متمرکز بر دیگران	۷۵۶/۲۵۰	۱	۷۵۶/۲۵۰	۸۷/۴۴۴	۰/۰۰۰	۰/۴۷۲
	کانون توجه کل	۳۱۳/۲۹۰	۱	۳۱۳/۲۹۰	۱۳/۰۲۹	۰/۰۰۰	۰/۱۱۷
خطا	کانون توجه متمرکز بر خود	۸۲۸/۰۲۰	۹۸	۸/۴۴۹	–	–	–
	کانون توجه متمرکز بر دیگران	۸۴۷/۵۴۰	۹۸	۸/۶۴۸	–	–	–
	کانون توجه کل	۲۳۵۶/۴۲۰	۹۸	۲۴/۰۴۵	–	–	–

فرضیه دوم پژوهش بیان می‌دارد که بین دو گروه مبتلایان به اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی–جبری در متغیر کانون توجه و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد. همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود بین دو گروه مبتلایان به اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی–جبری در متغیر کانون توجه $(F(1,98) = 13.029, p < .0005, Partial\ \eta^2 = .117)$، مؤلفه کانون توجه متمرکز بر خود $(F(1,98) = 11.136, p = .001, Partial\ \eta^2 = .102)$، و مؤلفه کانون توجه متمرکز بر دیگران $(F(1,98) = 87.444, p < .0005, Partial\ \eta^2 = .472)$ تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، انعطاف‌پذیری شناختی و کانون توجه دانشجویان مبتلا به اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی–جبری مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که در بین دانشجویان مبتلا به اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی–جبری در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی–جبری در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن، نمره کمتری از دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته کسب کردند. به‌بیان‌دیگر، دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی–جبری نمی‌توانند در موقعیت‌های سخت به راه‌حل‌های جایگزین فکر کنند، موقعیت‌های سخت را به‌عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر بگیرند و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، از توجیه‌های جایگزین استفاده کنند.

این یافته با تبیین‌های ارائه‌شده در برخی از پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه همخوانی دارد (پاست، خسروی، معماری، شایسته‌فر و اربابی، ۲۰۱۶؛ فینبرگ[1] و همکاران، ۲۰۱۵؛ زکی‌یی و همکاران، ۲۰۱۷). برای نمونه در مطالعه‌ایی که پاست و همکاران (۲۰۱۶) بر روی اختلال شخصیت وسواسی–جبری انجام داده‌اند، انعطاف‌ناپذیری شناختی را به‌عنوان یکی از صفات مهم این اختلال در نظر

[1] Fineberg

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

گرفته‌اند. همین‌طور رابطه انعطاف‌ناپذیری شناختی با اختلال شخصیت وسواسی–جبری در مطالعات بسیاری مورد تائید قرارگرفته است (فینبرگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ زکی‌یی و همکاران، ۲۰۱۷). مفهوم انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی برای تغییر انعطاف‌پذیر دیدگاه‌ها، تمرکز توجه و برنامه‌ریزی پاسخ اشاره دارد (دایموند، ۲۰۰۶)، درحالی‌که افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی–جبری با جزییات بسیار دقیق از پیش برنامه‌ریزی می‌کنند و مایل نیستند تغییرات را در نظر بگیرند (گنجی، ۱۳۹۷). آن‌ها سعی می‌کنند احساس کنترل را از طریق توجه زیاد به مقررات، جزییات پیش‌پاافتاده، روش‌ها، فهرست‌ها، برنامه‌ها یا فرم‌ها حفظ کنند و مایل نیستند تکالیف را به دیگران محول یا با دیگران همکاری کنند و به طرز نامعقولی اصرار دارند که هر کاری به شیوه آن‌ها انجام شود، و در مورد اینکه چگونه باید کارها انجام شود دستورالعمل‌های بسیار مفصل می‌دهند، زیرا معتقدند فرد دیگری نمی‌تواند آن را به‌درستی انجام دهد (انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۲۰۱۳). درنتیجه چنین صفات انعطاف‌ناپذیر و ناسازگارانه‌ای، روابط میان‌فردی مختلی دارند و از داشتن دوستان زیادی محرومند (سادوک، سادوک و رویز[1]، ۲۰۱۷).

همچنین یافته دیگر این پژوهش حاکی از آن بود که بین متغیر کانون توجه و مؤلفه‌های آن در بین دانشجویان مبتلا به اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی–جبری تفاوت معناداری وجود دارد. به‌بیان‌دیگر، دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی–جبری در مؤلفه کانون توجه متمرکز بر خود نمره بیشتر، و در متغیر کانون توجه و مؤلفه کانون توجه متمرکز بر دیگران نمره کمتری نسبت به دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته کسب کردند. این امر بدین معنی است که دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی–جبری، بیشتر بر محرک‌های داخلی مانند انگیختگی فیزیولوژیکی، رفتار، احساسات یا ظاهر خود متمرکز هستند. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهش‌های پیشین قرار دارد (دیدریچ و ودرهولتزر[2]، ۲۰۱۵؛ ویتون و پینتو[3]، ۲۰۱۷؛ انصاری و فدردی، ۲۰۱۶؛ چین، انسل، سیمپسون و پینتو[4]، ۲۰۱۵). برای نمونه، بر اساس یافته‌های ویتون و پینتو (۲۰۱۷)، افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی–جبری درگیری بیشتری برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات، احساسات جسمی، و دیگر تجارب درونی‌شان دارند. همین‌طور بر اساس یافته‌های چین و همکاران (۲۰۱۵)، افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی–جبری مشکلات میان‌فردی (خصمانه–غالب) بیشتری داشته و حساسیت بالاتری به رفتارهای صمیمی و گرم دیگران از خود نشان می‌دهند. بر اساس ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) افراد مبتلا به این اختلال بر معیارهای عالی بر خود تحمیل‌شده درباره عملکرد، جزییات پیش‌پاافتاده، توجه زیاد به مقررات، سازماندهی و برنامه‌ریزی دقیق متمرکز هستند و به این واقعیت توجه ندارند که چنین رفتارهایی منجر به رنجش دیگران می‌شود و درنتیجه، این مسئله منجر به تداخل در عملکرد بهینه و محدود شدن مهارت‌های بین‌فردی‌شان می‌گردد. در مقابل، افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته به تائید دیگران نیازمند هستند و اطرافیان باید به‌طور دائم به آن‌ها اطمینان دهند که حرف‌ها و کارهایشان درست است (فوساتی[5] و همکاران، ۲۰۱۶) و وقتی

[1] Sadock, Sadock, & Ruiz
[2] Diedrich & Voderholzer
[3] Wheaton & Pinto
[4] Cain, Ansell, Simpson, & Pinto
[5] Fossati

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

دیگران به آن‌ها توجهی ندارند، خشمگین و پرخاشگر می‌شوند (کولمن[1] و همکاران، ۲۰۱۷). درنتیجه، یک فرد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته به هنگام تعاملات اجتماعی، توجه متمرکز بر دیگران بالایی داشته و از دیگران انتظار توجه و تائید فراوان دارد. از یافته‌های این پژوهش می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته، از صفات انعطاف‌پذیرتر و سازگارانه‌تری نسبت به دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی–جبری برخوردارند. دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی–جبری به دلیل توجه بیش‌ازاندازه بر جزییات، مقررات، و برنامه‌ریزی‌های از پیش تعیین‌شده، حاضر به تغییر و همکاری با دیگران نبوده و چنین انعطاف‌ناپذیری موجب مختل شده روابط بین‌فردی و محدود شدن جنبه‌های مختلف شخصیت‌شان می‌گردد. در مقابل، دانشجویان مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته باوجوداینکه ویژگی‌های منفی ازجمله سلطه‌جویی، پرخاشگری و عدم همدلی دارند، ولی به دلیل ویژگی برون‌گرایی و تلاش برای برقراری ارتباط با دیگران (حتی برای جلب‌توجه، تحسین و ستایش دیگران)، انعطاف‌پذیری و سازگاری بیشتری از خود نشان می‌دهند که این ویژگی می‌تواند پیامدهای مثبتی برای آن‌ها در پی داشته باشد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد که با رفع این محدودیت‌ها در مطالعات بعدی می‌توان به نتایج کامل‌تری دست‌یافت. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش، غیربالینی بودن افراد شرکت‌کننده در پژوهش بود که همین مسئله باعث می‌شود تا تعمیم‌دهی نتایج به جوامع بالینی با احتیاط صورت پذیرد. همچنین با توجه به اینکه نقش متغیرهای جنسیت، سن، میزان تحصیلات، و وضعیت تأهل در نظر گرفته نشده بود، ممکن است این تفاوت‌ها بر نتایج تأثیر سوء بگذارد. عدم استفاده از مصاحبه بالینی و خودگزارشی بودن پرسش‌نامه مورداستفاده برای سنجش علائم آسیب‌شناختی اختلالات شخصیت خودشیفته و وسواسی–جبری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود. اجرای پژوهش‌های گسترده‌تر بر روی حجم نمونه بیشتر، انتخاب نمونه از بین بیماران بالینی و نیز انجام پژوهش‌های مشابه بر روی سایر اختلالات شخصیت پیشنهاد می‌شود. همین‌طور ارائه برنامه‌های مداخله‌ای نظیر برگزاری کارگاه‌های آموزشی مرتبط توسط مراکز خدمات روانشناسی و مشاوره دانشگاه‌ها می‌تواند در کاهش شدت مشکلات ایجادکننده این اختلالات در روند زندگی عادی دانشجویان مؤثر باشد.

منابع

- آزاد، حسین (۱۳۹۳). *آسیب‌شناسی روانی*، چاپ سیزدهم، تهران: بعثت.
- خیر، محمد؛ استوار، صغری؛ لطیفیان، مرتضی؛ تقوی، سیدمحمدرضا و سامانی، سیامک (۱۳۸۷). اثر واسطه‌گی توجه متمرکز بر خود و خودکارآمدی اجتماعی بر ارتباط میان اضطراب اجتماعی و سوگیری‌های داوری. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۱)، ۲۴–۳۲.
- سلطانی، اسماعیل؛ شاره، حسین؛ بحرینیان، سید عبدالمجید و فرمانی، اعظم (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی در ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی. پژوهنده، ۱۸(۲)، ۸۸–۹۶.

[1] Coleman

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- شریفی، علی اکبر (۱۳۸۱). هنجاریابی آزمون بالینی چندمحوری میلون ۳ در شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان.
- گنجی، مهدی (۱۳۹۷). *آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5*، جلد دوم، تهران: ساوالان.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ansari, Z., & Fadardi, J. S. (2016). Enhanced visual performance in obsessive compulsive personality disorder. *Scandinavian Journal of Psychology, 57*(6), 542–546. https://doi.org/10.1111/sjop.12312
- Cain, N. M., Ansell, E. B., Simpson, H. B., & Pinto, A. (2015). Interpersonal functioning in obsessive-compulsive personality disorder. Journal of Personality Assessment, 97(1), 90–99. https://doi.org/10.1080/00223891.2014.934376
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment (pp. 69–93). New York: Guilford Press.
- Coleman, D., Lawrence, R., Parekh, A., Galfalvy, H., Blasco-Fontecilla, H., Brent, D. A., Oquendo, M. A. (2017). Narcissistic Personality Disorder and suicidal behavior in mood disorders. Journal of Psychiatric Research, 85, 24–28. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.020
- Comer, R. J. (2015). Abnormal psychology (9th ed.). New York: Worth Publishers.
- Corbett, B. A., Constantine, L. J., Hendren, R., Rocke, D., & Ozonoff, S. (2009). Examining executive functioning in children with autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder and typical development. Psychiatry Research, 166, (2–3), 210–222. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.02.005
- Deák, G. O., & Wiseheart, M. (2015). Cognitive flexibility in young children: A general or task-specific capacity? Journal of Experimental Child Psychology, 138, 31–53. https://doi.org/10.1016/j.jecp.2015.04.003
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. Cognitive Therapy and Research, 34(3), 241–253.
- Diamond, A. (2006). The Early Development of Executive Functions. In E. Bialystok & F. I. M. Craik (Eds.), Lifespan cognition: Mechanisms of change (pp. 70–95). New York, NY, US: Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195169539.003.0006
- Diedrich, A., & Voderholzer, U. (2015). Obsessive-compulsive personality disorder: a current review. Current Psychiatry Reports, 17(2), 2. https://doi.org/10.1007/s11920-014-0547-8
- Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). A theory of objective self-awareness. London: Academic Press.
- Fineberg, N. A., Day, G. A., de Koenigswarter, N., Reghunandanan, S., Kolli, S., Jefferies-Sewell, K., Laws, K. R. (2015). The neuropsychology of obsessive-compulsive personality disorder: a new analysis. CNS Spectrums, 20(5), 490–499. https://doi.org/10.1017/S1092852914000662
- Fossati, A., Somma, A., Borroni, S., Maffei, C., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2016). Borderline Personality Disorder and Narcissistic Personality Disorder Diagnoses From the Perspective of the DSM-5 Personality Traits: A Study on Italian Clinical Participants. The Journal of Nervous and Mental Disease, 204(12), 939–949. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000587

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- Geurts, H. M., Corbett, B., & Solomon, M. (2009). The paradox of cognitive flexibility in autism. Trends in Cognitive Science, 13(2), 74–82. https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.11.006
- Gruner, P., & Pittenger, C. (2017). Cognitive inflexibility in Obsessive-Compulsive Disorder. Neuroscience, 345, 243–255. https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.07.030
- Hartman, L. M. (1983). A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment. Clinical Psychology Review, 3(4), 435–456. https://doi.org/10.1016/0272-7358(83)90023-5
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: review and a conceptual model. Psychological Bulletin, 107(2), 156–176. https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.156
- Memari, A. H., Ziaee, V., Shayestehfar, M., Ghanouni, P., Mansournia, M. A., & Moshayedi, P. (2013). Cognitive flexibility impairments in children with autism spectrum disorders: Links to age, gender and child outcomes. Research in Developmental Disabilities, 34(10), 3218–3225. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.06.033
- Paast, N., Khosravi, Z., Memari, A. H., Shayestehfar, M., & Arbabi, M. (2016). Comparison of cognitive flexibility and planning ability in patients with obsessive compulsive disorder, patients with obsessive compulsive personality disorder, and healthy controls. Shanghai Archives of Psychiatry, 28(1), 28–34.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Sarrar, L., Ehrlich, S., Merle, J. V., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Schneider, N. (2011). Cognitive flexibility and Agouti-related protein in adolescent patients with anorexia nervosa. Psychoneuroendocrinology, 36(9), 1396–1406. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.03.014
- Thoma, P., Wiebel, B., & Daum, I. (2007). Response inhibition and cognitive flexibility in schizophrenia with and without comorbid substance use disorder. Schizophrenia Research, 92(1–3), 168–180. https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.02.004
- Wheaton, M. G., & Pinto, A. (2017). The role of experiential avoidance in obsessive–compulsive personality disorder traits. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 8(4), 383–388. https://doi.org/10.1037/per0000200
- Wicksell, R. K., Olsson, G. L., & Hayes, S. C. (2010). Psychological flexibility as a mediator of improvement in Acceptance and Commitment Therapy for patients with chronic pain following whiplash. European Journal of Pain, 14(10), 1059.e1–1059.e11. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.05.001
- Woody, S. R., Chambless, D. L., & Glass, C. R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. Behavior Research and Therapy, 35(2), 117–129. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00084-8
- Zakiei, A., Alikhani, M., Farnia, V., Khkian, Z., Shakeri, J., & Golshani, S. (2017). Attachment Style and Resiliency in Patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder. Korean Journal of Family Medicine, 38(1), 34–39. https://doi.org/10.4082/kjfm.2017.38.1.34

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]