

رابطه مدل سه عاملی شخصیت اسکیزوتایپی با وسواس‌های فکری: مطالعه در سطح غیربالینی

Relationship between the three-factor schizotypal personality model and obsession: An investigation among a non-clinical sample

Ali Mohammadzadeh, Ph.D.

دکتر علی محمدزاده*

Abstract

There has been considerable debate regarding the relationship between obsessive compulsive disorder (OCD) and the psychotic phenomena. The present study explored the possibility that schizotypal personality, according to the three factor model, and obsessive features are significantly related to each other among non clinical samples. The current study was conducted using a correlational research design. A group of 262 normal participants (105 males and 157 females) took part in this research. Participants responded to the schizotypal Trait Questionnaire A form (STA; Claridge & Broks, 1984) and Padua Inventory (PI; Sanavio, 1980) scale. Positive correlations were found between schizotypal personality and obsessive features. Using the multivariate regression analysis model, results indicate that two components of schizotypal personality (unusual perceptual experiences and paranoid suspiciousness/social anxiety factors) significantly predict obsessive compulsive scores. It was, also revealed that magical thinking components of schizotypal personality did not predict obsession. Results are discussed in light of results of previous clinical research and anxiety-psychosis spectrum hypothesis.

Keywords: schizotypal personality, obsession, dimensional model

چکیده

مباحث قابل توجهی در ارتباط با رابطه وسواس‌های فکری با پدیده‌های شبه‌پسیکوزی مانند صفات اسکیزوتایپی انجام شده است. هدف از پژوهش حاضر بررسی امکان رابطه فوق در نمونه‌های غیربالینی با در نظر گرفتن مدل سه عاملی شخصیت اسکیزوتایپی بود. این پژوهش در یک بررسی همبستگی انجام شد. بدین منظور نمونه‌ای به حجم ۲۶۲ نفر (۱۰۵ مرد و ۱۵۷ زن) به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. شرکت‌کننده‌ها به مقیاس‌های شخصیت اسکیزوتایپی (STA؛ کلاریج و بروکز، ۱۹۸۴) و وسواس فکری پادوا (PI؛ ساناویو، ۱۹۸۰) پاسخ دادند. بر اساس نتایج، وسواس‌های فکری و صفات اسکیزوتایپی در جمعیت غیربالینی همبستگی متقابلی با یکدیگر نشان دادند. نتایج تحلیل رگرسیونی چندمتغیره نشان داد از بین مؤلفه‌های سه‌گانه شخصیت اسکیزوتایپی، مؤلفه‌های سوءظن پارانوئید/اضطراب اجتماعی و همچنین تجارب ادراکی غیرمعمول بیشترین رابطه را با وسواس فکری دارند و مؤلفه تفکر سحرآمیز با وسواس‌های فکری رابطه نشان نمی‌دهد. این نتایج همسو با تحقیقات قبلی در مورد نمونه‌های بالینی و بر اساس فرضیه طیف اضطراب-پسیکوز تفسیر می‌شوند.

واژه‌های کلیدی: شخصیت اسکیزوتایپی، وسواس فکری، مدل ابعادی

مقدمه

اختلال شخصیت اسکیزوتایپی مدلی فراگیر از کاستی‌های اجتماعی و بین‌فردی است که با تحریف‌های شناختی یا ادراکی از قبیل افکار انتساب، تفکر سحرآمیز، تجربه‌های غیرمعمول ادراکی، تفکر و گفتار عجیب و غریب، اندیشه‌پردازی پارانویایی، اضطراب اجتماعی و رفتارهای عجیب و غیرعادی و ظرفیت اندک برای برقراری روابط نزدیک و صمیمانه مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). چند بررسی تحلیلی عاملی از شخصیت اسکیزوتایپی بر اساس مقیاس صفات اسکیزوتایپی^۱ که پرکاربردترین ابزار در تحقیقات مربوط به پسیکوز است (سیلاروا و کلاریج، ۲۰۰۵) روی بزرگسالان منتشر شده که بیانگر آن هستند که اسکیزوتایپی، یک صفت تک بعدی نیست. هویت و کلاریج (۱۹۸۹) در یک نمونه ۴۲۰ نفری از شرکت‌کننده‌های بزرگسال سه عامل تفکر سحرآمیز، تجارب ادراکی غیرعادی و اندیشه‌پردازی پارانویید را در تحلیل عاملی گزارش کرده‌اند. جوزف و پیترز (۱۹۹۵) و راولینگز، کلاریج و فریمن (۲۰۰۱) در تحقیقی که به همین منظور با شرکت‌کننده‌های بزرگسال انجام دادند، نتایج هویت و کلاریج (۱۹۸۹) را تکرار کردند. در ایران نیز، محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده (۱۳۸۶) روی بزرگسالان عوامل سه‌گانه تجارب ادراکی غیرعادی، سوءظن پارانویید و اضطراب اجتماعی و تفکر سحرآمیز را گزارش کرده است. در دو بررسی تحلیلی عاملی والفرات و اشتروب (۱۹۹۸) و سیلاروا و کلاریج (۲۰۰۵) با گروهی از نوجوانان، عامل‌های سه‌گانه تفکر سحرآمیز، تجارب ادراکی غیرعادی و اندیشه‌پردازی پارانویید را تکرار کردند.

چندین دهه است که محققین وجود نشانه‌های پسیکوز در بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی^۲ و نشانه‌های وسواس را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا خاطرنشان کرده‌اند. همپوشی تخمین زده شده بین دو اختلال، بسته به روش‌ها و ملاک‌های به کار گرفته شده متغیر است. نشانه‌های پسیکوز در ۱۵ درصد بیماران OCD و نشانه‌های OCD در ۲۵ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا گزارش شده است (سویین، بلوندل، ویلر، گاوینگان، هایمان و کارایی‌یورگو، ۲۰۰۰). از طرفی، یافته‌های ناشی از تحقیقات ژنتیکی و شناختی مربوط به وضعیت‌های مرزی پسیکوز (از جمله شخصیت‌های اسکیزوتایپی) حاکی از وجود پیوستاری رفتاری بین نشانه‌شناسی مرضی بیماران پسیکوز

و افراد غیرپسیکوز در ابعاد مختلف است، بر این اساس، شخصیت اسکیزوتایپی و اسکیزوفرنیا به عنوان نقاط مختلف بر روی یک پیوستار مفهوم‌بندی شده‌اند که بر طبق مفروضه‌های مدل استرس-آسیب‌پذیری^۳، مبین درجانی از خطر می‌باشند (ولفرات و اشتروب، ۱۹۹۸). چنین رویکردی با استفاده از نمونه‌های غیربالینی و به منظور اجتناب از ابهامات بالقوه که در کار با بیماران بالینی وجود دارد (مانند اثرات ناشی از دارو و مؤسسه‌های شدن)، ابزارهایی را به منظور سنجش نشانه‌های بالینی فراهم آورده است.

حضور شخصیت اسکیزوتایپی در اختلال وسواس فکری-عملی توجه محققان را به خود جلب کرده است. میزان شیوع شخصیت اسکیزوتایپی در اختلال وسواس فکری-عملی در تحقیقات مختلف متغیر بوده و دامنه‌ای از کمترین میزان یعنی ۵ درصد تا بالاترین میزان یعنی ۳۲ درصد را شامل می‌شود (بائر، جنایک، بلک، تریس، روزنفلد و گریست، ۱۹۹۲). صفات شخصیت اسکیزوتایپی یکی از وضعیت‌های روانی همایند^۴ است که در OCD زیاد دیده می‌شود (پوپروسکی و کوران، ۲۰۰۵). حتی پیشنهاد شده است که نوع همگنی از OCD با ویژگی‌های شبه‌پسیکوزی اسکیزوتایپی وجود دارد که بر اساس برخی ویژگی‌ها از OCD بدون صفات اسکیزوتایپی متمایز می‌شود (سویین و همکاران، ۲۰۰۰). برخی از تحقیقات قبلی با فراهم آوردن شواهد تحقیقی و بالینی اعتبار نوع اسکیزوتایپی OCD را تأیید کرده‌اند (شین، لی، پارک، یو، گانگ و همکاران، ۲۰۰۸).

علاوه بر همابندی بین وسواس‌های فکری و اختلال شخصیت اسکیزوتایپی که بر اساس آن فرض می‌شود وسواس‌های فکری و شخصیت اسکیزوتایپی دو پدیده متمایز هستند و فقط ممکن است گاهی در کنار یکدیگر مشاهده شوند، شباهت ساختاری^۵ یعنی وجود مبانی روان‌شناختی مشترک بین وسواس‌های فکری و شخصیت اسکیزوتایپی بین این دو اختلال وجود دارد، تفکر سحرآمیز و وسواس‌های فکری خودزاد مواردی از این شباهت‌ها هستند. لی و کوون (۲۰۰۳) نشان داده‌اند که دو نوع وسواس فکری وجود دارد که واکنش‌های هیجانی، ارزیابی‌های شناختی و راهبردهای کنترلی متفاوتی را فراخوانی می‌کنند و عبارتند از: وسواس‌های فکری خودزاد^۶ و وسواس‌های فکری واکنشی^۷.

3. stress vulnerability model

4. comorbid

5. structural similarity

6. autogenous obsessions

7. reactive obsessions

1. Schizotypal Trait Questionnaire A scale (STA)

2. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

وسواس‌های فکری خودزاد، نفرت‌انگیزتر، عجیب و غیرمقبول‌تر و گناه آلوده‌تر بوده، در حالی که وسواس‌های فکری واکنشی نگرانی‌های عمده مبنی بر درستی افکار را بر می‌انگیزند. در همین راستا، لی و تلج (۲۰۰۵) گزارش کرده‌اند که وسواس‌های فکری خودزاد ارتباط قوی‌تری با شخصیت اسکیزوتایپی دارند، در حالی که، رابطه بین وسواس‌های فکری واکنشی و شخصیت اسکیزوتایپی قابل چشم‌پوشی است. تفکر سحرآمیز به عنوان مهم‌ترین مؤلفه تشخیصی شخصیت اسکیزوتایپی، یکی دیگر از شباهت‌های بین وسواس‌های فکری و شخصیت اسکیزوتایپی می‌باشد که در وسواس‌های فکری خود را به صورت همجوشی فکر-عمل^۱ به معنی افزایش احتمال وقوع یک عمل به‌خاطر تفکر زیاد در مورد آن عمل، نشان می‌دهد (لی، کوگل و تلج، ۲۰۰۵). یافته‌های فوق احتمال رابطه وسواس‌های فکری و شخصیت اسکیزوتایپی را مطرح می‌کند. در واقع در سطح بیماری شناختی مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی در پرسشنامه‌های مختلفی که برای سنجش صفات اسکیزوتایپی ساخته شده‌اند، نمرات بالایی می‌آورند (تالیس و شفران، ۱۹۹۷؛ محمدزاده و اسکندری، ۱۳۸۸). بر این اساس، پژوهش حاضر بر آن است تا کیفیت این رابطه و همپوشی را در نمونه‌های غیربالینی مورد پژوهش قرار دهد. مزیت استفاده از نمونه‌های غیربالینی اجتناب از ابهامات بالقوه‌ای است که در کار با بیماران بالینی وجود دارد (مانند اثرات ناشی از دارو و مؤسسه‌ای شدن). دست‌یابی به اهداف پژوهش منجر به دانش‌افزایی در مورد اختلالات طیف اسکیزوفرنیا و اضطرابی خواهد شد و به‌طور غیرمستقیم نیز وضوح بیشتری به رابطه احتمالی وسواس فکری-عملی و اسکیزوفرنیا خواهد بخشید. بنابراین، با توجه به پیشینه پژوهشی موجود، فرضیه پژوهش حاضر بدین صورت تنظیم می‌گردد: بین ویژگی‌های شخصیت اسکیزوتایپی و وسواس‌های فکری در نمونه‌های غیربالینی متشکل از دانشجویان، رابطه وجود دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: این پژوهش از نوع تحقیقات همبستگی است. جامعه آماری تحقیق حاضر عبارت بود از کلیه دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه‌های پیام‌نور تبریز، سراب و اردبیل که در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ مشغول به تحصیل بودند. از این جامعه آماری ۲۶۲ نفر به روش

نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. نمونه بر حسب جنس، از ۱۵۷ زن با میانگین سنی ۲۴/۴۵ سال و انحراف معیار ۶/۷ و ۱۰۵ مرد با میانگین سنی ۲۴/۵۲ سال و انحراف معیار ۵/۵۱ تشکیل شده بود. شرکت‌کننده‌ها در دامنه سنی ۱۸ تا ۴۷ سال قرار داشتند.

پس از انتخاب کلاس‌ها و بیان هدف پژوهش، سؤالات مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی و پرسشنامه پادوا در اختیار آن‌ها قرار داده شد. برای پر کردن پرسشنامه‌ها محدودیت زمانی وجود نداشت. در تکمیل همزمان پرسشنامه‌ها ترتیبی داده شد که نیمی از آزمودنی‌ها نخست مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی و سپس پرسشنامه پادوا را تکمیل نمایند و نیم دیگر از آزمودنی‌ها ابتدا پادوا و سپس پرسشنامه صفات اسکیزوتایپی را تکمیل نمایند تا به این ترتیب اثرات ناشی از ترتیب تکمیل پرسشنامه‌ها کنترل شود. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی و حقوق آزمودنی‌ها، ضمن اعلام صریح داوطلبانه بودن شرکت در این پژوهش، هم به صورت شفاهی (قبل از اجرا) و هم به صورت کتبی در بالای پرسشنامه، خاطرنشان گردید که اطلاعات درخواستی در این پرسشنامه‌ها، صرفاً به منظور اهداف پژوهشی است و به‌جز تعیین جنسیت نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی و دیگر مشخصات خصوصی نیست.

ابزار سنجش

مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی^۲: این مقیاس کلاریج و بروکز (۱۹۸۴) ساخته شده و شامل ۳۷ سؤال است که به صورت بلی-خیر جواب داده می‌شود. جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. این مقیاس سه عامل، تجارب ادراکی غیرمعمول^۳، سوءظن پارانویید-اضطراب اجتماعی^۴ و تفکر سحرآمیز^۵ را شامل می‌شود. جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) ضریب پایایی بازآزمایی آن را ۰/۶۴ گزارش کرده‌اند. همچنین، راولینگر و همکاران (۲۰۰۱) ضریب پایایی همسانی درونی ۰/۸۵ را برای STA گزارش کرده‌اند. هنجاریابی و خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس در ایران، توسط محمدزاده و همکاران (۱۳۸۶) انجام گرفته است (محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده، ۱۳۸۶). بر این اساس، STA از روایی عاملی و افتراقی مطلوبی، برخوردار است.

2. Schizotypal Trait questionnaire A form (STA)

3. unusual perceptual experiences

4. paranoid suspiciousness/social anxiety

5. magical thinking

1. Thought Action Fusion (TAF)

ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله ۴ هفته برای کل مقیاس، ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس‌های تجارب ادراکی غیرمعمول، سوءظن پارانوئید- اضطراب اجتماعی و تفکر سحرآمیز به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۵ و ۰/۵۹ به دست آمد. بر اساس نتایج، ضریب آلفا برای کل مقیاس ۰/۸۳ و برای زیرمقیاس‌های تجارب ادراکی غیرمعمول ۰/۶۷، سوءظن پارانوئید- اضطراب اجتماعی ۰/۶۸ و تفکر سحرآمیز ۰/۶۰ محاسبه شد که رضایت‌بخش است.

پرسشنامه پادوآ: این پرسشنامه توسط ساناویو (۱۹۸۰) در ایتالیا ساخته شده است و شامل ۶۰ پرسش با پنج درجه‌بندی از صفر تا ۴ می‌باشد که صفر معادل اصلاً و ۴ معادل خیلی زیاد است. پرسشنامه پادوآ قادر به اندازه‌گیری تعداد و شدت علائم اختلال وسواسی جبری، در افراد بهنجار و بیماران بالینی است. پرسشنامه مذکور، دارای چهار زیرمقیاس با این عناوین است: عامل اول، عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی؛ عامل دوم، واریسی؛ عامل سوم، تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی^۴ و عامل چهارم، آلودگی^۵. پایایی این پرسشنامه پرسشنامه

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش بر حسب جنس در

جدول ۱ نشان داده شده است.

	اسکیزوتایپی		وسواس فکری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
زن	۱۸/۱۰	۷/۱۶	۳۰/۱۴	۱۴/۹۸
مرد	۱۵/۴۵	۶/۶۷	۲۵/۶۳	۱۳/۷۱
کل نمونه	۱۷/۰۴	۷/۰۸	۲۸/۳۳	۱۴/۶۲

شخصیت اسکیزوتایپی و وسواس‌های فکری همبستگی مثبت وجود دارد و دامنه این ضرایب بین ۰/۲۰ و ۰/۶۲ است. همه همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند.

به منظور بررسی رابطه مدل سه عاملی شخصیت اسکیزوتایپی و وسواس‌های فکری ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون آن‌ها با یکدیگر محاسبه گردید. این نتایج در جدول ۲ خلاصه شده است. اطلاعات جدول گویای آن است که بین مدل سه عاملی

1. Padua Inventory (PI)
2. impaired control over mental activities
3. checking behaviors
4. urges and worries of losing control over motor behaviors
5. becoming contaminated

جدول ۲- ماتریس ضرایب همبستگی بین عامل‌های شخصیت اسکیزوتایپی و وسواس فکری

مؤلفه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی	۱						
۲- عامل تجارب ادراکی غیرمعمول	۰/۸۳	۱					
۳- عامل سوءظن پارانویید- اضطراب اجتماعی	۰/۷۸	۰/۴۷	۱				
۴- عامل تفکر سحرآمیز	۰/۷۲	۰/۴۷	۰/۴۵	۱			
۵- مقیاس وسواس فکری پادوا	۰/۶۹	۰/۵۵	۰/۶۰	۰/۴۵	۱		
۶- عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی	۰/۶۲	۰/۴۸	۰/۵۶	۰/۳۷	۰/۶۹	۱	
۷- تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتار حرکتی	۰/۴۶	۰/۳۹	۰/۴۴	۰/۲۰	۰/۶۲	۰/۵۶	۱

تجارب ادراکی غیرمعمول، سوءظن پارانویید- اضطراب اجتماعی و تفکر سحرآمیز به عنوان متغیر پیش‌بین و وسواس‌های فکری به عنوان متغیر ملاک وارد معادلات رگرسیونی شدند، جدول ۳ نتیجه این تحلیل را نشان می‌دهد.

به منظور تعیین دقیق‌تر رابطه و نیز تشخیص سهم هر کدام از متغیرهای پیش‌بین در تبیین متغیر ملاک از تحلیل رگرسیون چندمتغیره گام‌به‌گام استفاده شد. در این مرحله مدل‌های سه‌گانه شخصیت اسکیزوتایپی یعنی

جدول ۳- نتایج رگرسیون وسواس‌های فکری بر عامل‌های شخصیت اسکیزوتایپی

متغیر ملاک	گام	متغیر پیش‌بین	F	B	β	t	ضریب تعیین
وسواس‌های فکری	۱	عامل ۲	۱۵۱/۹۳**	۳/۷۷	۰/۶۰	۱۲/۳۲**	۰/۳۶
	۲	عامل ۲	۱۱۰/۱۲**	۲/۷۶	۰/۴۴	۶/۲۴**	۰/۴۶
		عامل ۱		۲/۱۳	۰/۳۴	۸/۵۸**	
	۳	عامل ۲	۷۷/۰۵**	۲/۵۲	۰/۴۰	۷/۵۴**	۰/۴۷
		عامل ۱		۱/۸۵	۰/۲۹	۵/۴۶**	
		عامل ۳		۱/۰۲	۰/۱۳	۲/۵۲**	

عامل ۱: تجارب ادراکی غیرمعمول عامل؛ ۲: سوءظن پارانویید- اضطراب اجتماعی؛ عامل ۳: تفکر سحرآمیز ** P < ۰/۰۰۰۱

پارانویید- اضطراب اجتماعی به تنهایی می‌تواند ۳۶ درصد تغییرات متغیر ملاک یعنی وسواس‌های فکری را پیش‌بینی کند. در گام دوم، ورود متغیر تجارب ادراکی غیرمعمول، می‌تواند این مقدار را به ۴۶ درصد و در گام سوم نیز ورود متغیر تفکر سحرآمیز، می‌تواند این مقدار را به ۴۷ درصد افزایش دهد.

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که همه مؤلفه‌های سه‌گانه توان لازم جهت ورود به معادله رگرسیونی را داشته و بنابراین در افزایش دقت پیش‌بینی متغیر ملاک سهم معناداری دارند. نسبت‌های معنادار F در جدول نشانگر ارتباط معنادار بین متغیر پیش‌بین و ملاک است. ضرایب حاصل از نتایج تحلیل رگرسیونی حاکی از آن است که در گام اول ورود متغیر سوءظن

بحث

آن‌ها وجود دارد. وسواس‌های فکری در این پژوهش با استفاده از دو زیرمقیاس پرسشنامه پادوا سنجیده شد. لازم به ذکر است که پرسشنامه پادوا تنها ابزار خودگزارشی وسواس است که ابعاد وسواس‌های فکری را از وسواس‌های عملی به‌طور جداگانه می‌سنجد (گودرزی و فیروزآبادی، ۲۰۰۵) و یکی از پرکاربردترین ابزار در مطالعات مربوط به وسواس در نمونه‌های بالینی و

پژوهش حاضر به منظور بررسی ارتباط وسواس‌های فکری و صفات اسکیزوتایپی انجام گرفت و نتایج نشان داد وسواس‌های فکری و صفات اسکیزوتایپی در جمعیت غیربالینی همبستگی متقابلی با یکدیگر دارند و با این که از نظر تشخیصی، ماهیت‌های ساختاری متفاوتی هستند، ولی سازوکارهای مشترکی هم بین

به‌طور کلی، رابطه نزدیک وسواس‌های فکری با مدل‌های شبه‌پسیکوزی شخصیت اسکیزوتایپی که در تحقیق حاضر و نیز تحقیقات قبلی گزارش گردید با یافته‌های حاصل از آزمایش‌های تجربی مشابهی هم‌همانگ است که بازداری شناختی^۱ مشابهی را در شخصیت اسکیزوتایپی، اسکیزوفرنی و وسواس فکری- عملی نشان داده‌اند (روت و باریبو، ۲۰۰۰). از آنجایی که در ادبیات پژوهشی مربوط به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا، اسکیزوتایپی به عنوان شکل خفیف و غیربالینی و نیز شخصیت پیش‌نشانه‌ای اسکیزوفرنیا در نظر گرفته می‌شود (ون کامپن، ۲۰۰۶)، بنابراین، این احتمال مطرح می‌شود که اختلال وسواس ممکن است در ردیف اختلالات طیف اسکیزوفرنیا قرار گیرد تا اختلالات اضطرابی. در راستای این احتمال حداقل یک مطالعه گزارش کرده است که، ارتباط بین علایم وسواس و شخصیت اسکیزوتایپی، قوی‌تر از ارتباط بین نشانه‌شناسی اختلال وسواس و اختلال اضطراب است (نورمن، دیویس، مالا، کورتس و نیکلسون، ۱۹۹۶).

دید شده است که وسواس، از میان دیگر اختلالات روان‌پزشکی غیرپسیکوزی، آمادگی بیشتری برای داشتن اختلالات شخصیت خوشه A (عجیب و غیرعادی) دارد (بجروت، نیلاندر، لیندستورم، ۲۰۰۱). از نقطه نظر بالینی، وجود هم‌پایندی بین وسواس و طبقه A اختلالات شخصیت (روسی، مارینانگلی، بوتی، کالیوکا و پتروزی، ۲۰۰۰)، نیز توصیفات تجربی انواع فرعی اسکیزوتایپی در اختلال وسواس (سوبین و همکاران، ۲۰۰۰)، احتمال وجود طیف اضطراب- پسیکوز^۲ را مطرح می‌سازد (پالانتی، ۲۰۰۰). این احتمال وجود دارد که اختلالات وسواس و طیف اسکیزوفرنی در طول ابعاد اسکیزوتایپی به هم مرتبط می‌شوند. شواهد روان‌سنجی و عصب‌شناختی در حمایت از این مفهوم وجود دارد (روسی و دانلوزو، ۲۰۰۲)، از جمله این‌که، در واقع بیماران وسواسی در پرسشنامه‌های مختلفی که برای سنجش صفات اسکیزوتایپی ساخته شده‌اند، نمرات بالایی می‌آورند (تالیس و شفران، ۱۹۹۷). همچنین نشان داده شده که نقص‌های پردازش اطلاعات این بیماران با بیماران پسیکوتیک شباهت دارد (روسی و دانلوزو، ۲۰۰۲). علاوه بر این، در مدل ابعادی کامل^۳ (کلاریچ، ۱۹۹۷؛ به نقل از روسی و دانلوزو، ۲۰۰۲) بعد اسکیزوتایپی به عنوان پیوستاری در نظر گرفته می‌شود که

غیربالینی نیز به‌شمار می‌آید (استکتی، ۱۹۹۴). علایم وسواس در نمونه‌های غیربالینی از نظر شدت علایم، افت کارکرد و رنج ناشی از آن‌ها در حد تشخیص اختلال وسواس نیستند، اما در هر حال پدیده‌های وسواسی به‌شمار می‌آیند. حدود ۹۹-۸۰ درصد جمعیت غیربالینی، افکار، تصورات ناخواسته و مزاحم یا اجبارهایی که از نظر محتوا، شبیه به اجبارهای افراد مبتلا به وسواس است، تجربه می‌کنند (جولین، اکتر، آردما و تودورو، ۲۰۰۶). این یافته پژوهش حاضر در نمونه‌های غیربالینی با نتایج تحقیقات قبلی با نمونه‌های بالینی (تالیس و شفران، ۱۹۹۷؛ محمدزاده و اسکندری، ۱۳۸۸) همسو می‌باشد. بنابراین، مؤلفه‌های عامل سوءظن پارانویید- اضطراب اجتماعی، تجارب ادراکی غیرمعمول و تفکر سحرآمیز هر سه با وسواس‌های فکری رابطه دارند و بر این اساس رابطه مؤلفه تفکر سحرآمیز با وسواس‌های فکری در درجه سوم اهمیت قرار می‌گیرد. این بخش از پژوهش حاضر با فرضیه‌ای که تفکر سحرآمیز را به عنوان مؤلفه اصلی در اشتراک بین اختلال وسواس فکری- عملی و شخصیت اسکیزوتایپی فرض می‌گیرند (لی و همکاران، ۲۰۰۵)، همسو نیست. حداقل سه احتمال برای تبیین این ناهمسو بودن را می‌توان مطرح کرد، نخست این‌که، این ناهمسوئی شاید به خاطر گستردگی و ماهیت متفاوت تفکر سحرآمیز در اسکیزوتایپی و وسواس باشد که به صورت همجوشی فکر- عمل در مقیاس‌های وسواس و به صورت اعتقاد به خرافات در مقیاس‌های اسکیزوتایپی گنجانده شده است. دوم، رابطه کمتر وسواس‌های فکری و مؤلفه تفکر سحرآمیز اسکیزوتایپی و رابطه قوی‌تر بین وسواس‌های فکری و دو مؤلفه دیگر اسکیزوتایپی یعنی تجارب ادراکی غیرمعمول و سوءظن پارانویید- اضطراب اجتماعی احتمالاً می‌تواند بیانگر آن باشد که صفات اسکیزوتایپی ممکن است از مسیرهای متعدد به علایم وسواس مربوط شوند و این ارتباط لزوماً بر اساس تفکر سحرآمیز صورت نمی‌گیرد. آخر این‌که، در برخی تحقیقات گزارش شده است که تفکر سحرآمیز با انواع خاصی از وسواس‌های فکری رابطه دارد و نه همه آن‌ها. به‌طور مثال تولین و همکاران (۲۰۰۱) نشان داده‌اند که در سطح بالینی تفکر سحرآمیز بیشتر در وسواس‌های فکری با محتوای مذهبی دیده می‌شود و با انواع دیگر ارتباط کمتری دارد. بنابراین، گنجانده نشدن این نوع از وسواس‌های فکری در آزمون پادوا که در این تحقیق به کار رفته است، می‌تواند دلیل احتمالی دیگری برای نتایج این بخش از پژوهش باشد.

1. cognitive inhibition
2. anxiety-psychosis spectrum
3. full dimensional

(خودهمخوان و فاقد بینش) ارتباط بیشتری با شخصیت اسکیزوتایپی داشته باشند. از این نظر، تفکیک وسواس‌های فکری خودناهمخوان و دارای بینش از وسواس‌های خودهمخوان و فاقد بینش در بررسی ارتباط آن‌ها با اسکیزوتایپی پیشنهاد دیگری است که می‌تواند موضوع پژوهش‌های آینده باشد. ذکر این نکته ضروری است که محدودیت پژوهش حاضر در بخش نمونه‌گیری می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را تحت‌تأثیر قرار دهد. به خاطر ماهیت دانشگاه پیام‌نور که در آن حضور در کلاس برای دانشجویان اجباری نیست، نمونه از بین دانشجویان انتخاب شد که در زمان تحقیق در دانشگاه حضور داشتند و بنابراین، انتخاب تصادفی واقعی در پژوهش حاضر به دلیل ماهیت جامعه میسر نشد.

مراجع

محمدزاده، علی؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز و دلاور، علی (۱۳۸۸). تأثیر همابندی صفات اسکیزوتایپی مثبت و منفی بر پیامد درمانی شناختی رفتاری انواع فرعی اختلال وسواس فکری- عملی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۳، ۱۳-۲۳.

محمدزاده، علی؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، محمدرضا و ملازاده، جواد (۱۳۸۶). بررسی ساختار عاملی، روایی، اعتبار و هنجاریابی مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی (STA). *مجله روانشناسی*، ۴۱، ۲۷-۳.

محمدزاده، علی و اسکندری، حسین (۱۳۸۸). ابعاد اسکیزوتایپی: پیوستاری بین اسکیزوفرنیا و اختلال وسواس بی‌اختیاری. *روانشناسی معاصر*، ۷، ۶۴-۷۳.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 rd., Revised)*. Washington, DC: APA.
- Baer, L., Jenike, M. A., Black, D. W., Treece, C., Rosenfeld, R., & Greist, J. (1992). Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with Clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 862-866.
- Bejerot, S., Nylander, L., & Lindstorm, E. (2001). Autistic traits in obsessive-compulsive disorder. *Nord Journal of Psychiatry*, 55, 169-176.

نقطه شروع آن حالت بهنجار و انتهای آن نه تنها بیماری اسکیزوفرنی بلکه طیف‌های دیگر آسیب‌شناسی روانی همچون اختلال‌های دوقطبی^۱ و وسواس را نیز شامل می‌شود. در این دیدگاه، رابطه بین سازه اسکیزوتایپی با اختلال دوقطبی و نیز اختلال وسواس فکری- عملی می‌تواند اطلاعات بیشتری درباره ماهیت ابعادی بودن اسکیزوتایپی ارائه دهد (کلاریج، ۱۹۹۷؛ به نقل از روسی و دانلووزو، ۲۰۰۲). یافته‌های پژوهش حاضر در همین راستا نیز قابل تفسیر است.

باید یادآوری کرد که نقش صفات اسکیزوتایپی در وسواس‌های فکری مستلزم تحقیقات بیشتر است. تاکنون مشخص نشده است که صفات اسکیزوتایپی در وسواس‌های فکری چگونه نقش ایفا می‌کنند ولی به نظر می‌رسد که در سطح بیماری شناختی و بالینی رابطه فوق موجب تضعیف پیامد درمانی اختلال وسواس گردد. در واقع برخی تحقیقات نشان داده‌اند که همابندی صفات شخصیت اسکیزوتایپی موجب تضعیف پیامد درمانی OCD می‌شود (محمدزاده، برجعلی، سهرابی، دلاور، ۱۳۸۸؛ موریتز، فریک، جاکوبسون، کلوس و وین، ۲۰۰۴؛ فریک، موریتز، آندرسن، جاکوبسون و کلوس، ۲۰۰۶). در همین راستا، یافته‌های حاصل از این پژوهش در درجه اول می‌تواند گامی در راه گسترش دانش پایه در زمینه اختلال وسواس فکری- عملی و ارتباط آن با اختلالات طیف اسکیزوفرنی بردارد. همچنین، پرداختن به بحث همابندی مدل‌های شخصیت اسکیزوتایپی در ارتباط با بیماران وسواسی می‌تواند متخصصان و صاحب‌نظران مربوط را نسبت به وضعیت این دسته از بیماران آگاه‌تر کرده و باعث شود، آن‌ها بتوانند با ذهنی روشن‌تر با این اختلال برخورد کنند.

بر اساس محدودیت پژوهش حاضر که امکان دسترسی به افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپی میسر نگردید، پیشنهاد می‌گردد یافته‌های حاضر روی نمونه‌هایی از مبتلایان به اختلال شخصیت اسکیزوتایپی تکرار شود تا کیفیت رابطه مذکور در سطح بیماری شناختی نیز روشن گردد. همچنین، پیشنهاد می‌شود ارتباط اسکیزوتایپی با انواع وسواس‌های فکری مورد بررسی قرار گیرد که در پژوهش حاضر میسر نشد. موضوع دیگری که در ارتباط با رابطه یافته‌های حاضر باید در نظر گرفت ارتباط ویژگی خودناهمخوان^۲ وسواس با ویژگی خودهمخوان^۳ اسکیزوتایپی است. به نظر می‌رسد وسواس‌های آتیپیک

1. bipolar disorder
2. ego dystonic
3. ego systonic

- Claridge, G., & Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function: I. Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 5, 633-648.
- Cyharova, E., & Claridge, G. (2005). Development of a version of the Schizotypy Traits Questionnaire (STA) for screening children. *Schizophrenia Research*, 80, 253-261.
- Fricke, S., Moritz, S., Andresen, B., Jacobson, D., Kloss, M., Rufer, M., & Hand, I. (2006). Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study. *European Psychiatry*, 21, 319-324.
- Goodarzi, M. A., & Firoozabadi, A. (2005). Reliability and validity of the Padua Inventory in an Iranian population. *Behavioural Research and Therapy*, 43, 43-54.
- Hewitt, J. K., & Claridge, G. (1989). The factor structure of schizotypy in a normal population. *Personality and Individual Differences*, 10, 323-329.
- Jackson, M., & Claridge, G. (1991). Reliability and validity of a psychotic trait questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 311-323.
- Joseph, S., & Peters, E. R. (1995). Factor structure of schizotypy with normal subjects: A replication of Hewitt and Claridge 1989. *Personality and Individual Differences*, 18, 437-440.
- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41, 1205-1216.
- Lee, H. J., Cogle, J. R., & Telch, M. J. (2005). Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 29-41.
- Lee, H. J., & Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.
- Lee, H. J., & Telch, M. J. (2005). Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *Anxiety Disorders*, 19, 793-805.
- Moritz, S., Fricke, S., Jacobsen, D., Kloss, M., Wein, C., Rufer, M., Katenkamp, B., Farhumand, R., & Hand, I. (2004). Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 217-227.
- Norman, R. M. G., Davies, F., Malla, A. K., Cortese, L., & Nicholson, I. R. (1996). Relationship of obsessive-compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in a clinical population. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 553-566.
- Pallanti, S. (2000). The anxiety-psychosis spectrum. *CNS Spectrum*, 5, 22.
- Poyurovsky, M., Koran, L. M. (2005). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: Diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 399-408.
- Rawlings, D., Claridge, G., & Freeman, J. L. (2001). Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). *Personality and Individual Differences*, 31, 409-419.
- Roth, R. M., & Baribeau, J. (2000). The relationship between schizotypal and obsessive-compulsive features in university students. *Personality and Individual Differences*, 29, 1083-1093.
- Rossi, A., Marinangeli, M.G., Butti, G., Kalyvoka, A., Petrucci, C. (2000). Pattern of comorbidity among anxious and odd personality disorders: The case of obsessive-compulsive personality disorder. *CNS Spectrum*, 5, 23-26.
- Rossi, A., & Daneluzzo, E. (2002). Schizotypal dimension in normals and schizophrenic patients: A comparison with other clinical samples. *Schizophrenia Research*, 54, 67-75.
- Sanavio, E. (1980). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behavior Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Shin, N. W., Lee, A. R., Park, H. Y., Yoo, S. Y., Kang, D. H., Shin, M. S., & Kwon, J. S. (2008). Impact of coexistent schizotypal personality traits on frontal lobe function in obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32, 472-478.
- Sobin, C., Blundell, M. L., Weiller, F., Gavigan, C., Haiman, C., & Karayiorgou, M. (2000). Evidence of schizotypy subtype in OCD. *Journal of Psychiatric Research*, 34, 15-24.
- Steketee, G. (1994). Behavioral assessment and treatment planning with obsessive compulsive disorder: A review emphasizing clinical application. *Behavior Therapy*, 25, 613-633.

- Tallis, F., & Shafran, R. (1997). Schizotypal personality and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 4*, 172-178.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., & Foa, E. B. (2001). Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 15*, 501-510.
- Van Kampen, D. (2006). The Schizotypic Syndrome Questionnaire (SSQ): Psychometrics, validation and norms. *Schizophrenia Research, 84*, 305-322.
- Wolfradt, U., & Struabe, E. R. (1998). Factor structure of schizotypal trait among adolescents. *Personality and Individual Differences, 24*, 201-206.