

## بررسی همبندی ابعاد و عامل های صفت اسکیزوتایپی بالا با علایم اختلال وسواسی - جبری

عباس روحانی<sup>۱</sup>

رابطه ی بین اختلال وسواسی - جبری و بیماری های سایکوتیک بویژه اسکیزوفرنیا، همیشه مورد توجه بوده و استفاده از نمونه های اسکیزوتایپی به عنوان روشی برای بررسی طیف اسکیزوفرنیا به طور فزاینده ای مورد توجه قرار گرفته است. از آنجایی که پژوهش در مورد شخصیت اسکیزوتایپی در جمعیت عمومی ممکن است فرصت مهمی برای مطالعه شاخص های زیستی و شناختی آسیب پذیر برای اسکیزوفرنیا، بدون مداخله ی اثر بلند مدت بستری شدن در بیمارستان، دارو و علایم شدید روانی فراهم آورد، هدف پژوهش حاضر بررسی همبندی ابعاد و عامل های صفات اسکیزوتایپی با علایم اختلال وسواسی - اجباری بود. بدین منظور، طی یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی، ۶۲۷ نفر از جامعه ی آماری دانشجویان دوره ی کارشناسی دانشگاه تبریز با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند و از نظر شخصیت اسکیزوتایپی و علایم وسواسی - اجباری مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج نشان داد که مولفه های سوظن، اضطراب اجتماعی مفرط، تجارب ادراکی غیر معمول، عاطفه ی سطحی، گفتار غریب و عقاید انتساب و عامل های بین فردی و شناختی - ادراکی توان پیش بینی علایم اختلال وسواسی - اجباری را دارند. همچنین اسکیزوتایپی منفی در مقایسه با اسکیزوتایپی مثبت توان بیشتری در پیش بینی علایم OCD دارد. شواهد از این موضوع حمایت می کند که بین اختلال وسواسی - اجباری و شخصیت اسکیزوتایپی، همپوشی بالایی وجود دارد.

**واژه های کلیدی:** علایم اختلال وسواسی - اجباری، اسکیزوتایپی، همپوشی

### مقدمه

اسکیزوتایپی به عنوان شکل خفیف و غیر بالینی و نیز شخصیت پیش نشانه ای اسکیزوفرنیا (وان کامپن، ۲۰۰۶) و نوعی آمادگی برای اسکیزوفرنیا محسوب می شود (سیلاروا و کلاریچ، ۲۰۰۵) و بر همین اساس اسکیزوتایپی نیز مانند اسکیزوفرنیا دارای ابعاد مثبت و منفی است و همین ماهیت چندی بعدی اسکیزوتایپی در شرایط همبند می تواند تاثیرات متفاوتی بر کیفیت وسواس های فکری - عملی داشته باشد. یافته ها نشان داده است که اسکیزوتایپی مثبت و منفی تاثیرات درمانی متفاوتی بر پیامد درمانی اختلال وسواسی - اجباری دارند. همچنین، همبندی صفات مثبت اسکیزوتایپی و (نه نشانه شناسی

منفی) با پیش آگاهی ضعیف درمانی ارتباط دارد (محمد زاده و برجلی، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که اختلال وسواسی-جبری<sup>۱</sup> با الگوهای شبه روان گسستگی شخصیت اسکیزوتایپی رابطه ی نزدیکی دارد (تالیس و شافران، ۱۹۹۸). علاوه براین، اظهار شده است که نوع همگنی از OCD با ویژگی‌های شبه روان گسستگی وجود دارد که بر اساس برخی ویژگی‌ها از OCD بدون صفات اسکیزوتایپی متمایز می‌شود (سوبین، بلوندل، وایلر، گاوینگان، هایمن و کارابورگو، ۲۰۰۰). برخی از تحقیقات قبلی با فراهم آوردن شواهد تحقیقی و بالینی، اعتبار نوع اسکیزوتایپی OCD را تایید کرده‌اند (شاین، لی، پارک، یوو، کانگ، شاین و همکاران، ۲۰۰۸). تفکر سحرآمیز که برخی از نشانگان اختلال اسکیزوتایپی مانند اعتقاد به خرافات، عقاید انتساب، اشتغال ذهنی عجیب و غریب را بازنمایی می‌کند، یکی از اشتراکات نظریه‌ای بین OCD و شخصیت اسکیزوتایپی است که در OCD خود را به صورت همجوشی فکر-عمل (TAF) نشان می‌دهد (لی، کاگلی و تلچ، ۲۰۰۵).

همپوش شدن علائم وسواسی اجباری با اسکیزوتایپی سبب وخیم‌تر شدن وضعیت این افراد و حتی ایجاد مشکلاتی می‌شود که ممکن است ناشی از این همابندی و نه خود اختلال باشد (کلی و همکاران، ۲۰۰۸؛ موریتس، فریک، جاکوبسن، کلوس، واین، رافر و همکاران، ۲۰۰۴؛ جنیک، بایر، مینچیلو، اشواتز و کری، ۱۹۸۶). صفات شخصیت اسکیزوتایپی به طور اعم و مولفه ی تجارب ادراکی غیر معمول به طور اخص، می‌تواند به عنوان حلقه ی اتصال اختلال وسواسی-اجباری و اسکیزوفرنیا تلقی شود (تالیس و شافران، ۱۹۹۸). به نظر می‌رسد رابطه ی بین نشانه شناسی اسکیزوتایپی و وسواسی-اجباری نیرومندتر از رابطه ی نشانه شناسی وسواسی اجباری و علائم اضطرابی باشد (نورمان و همکاران، ۱۹۹۶). ویژگی‌های وسواسی-اجباری ۲۴٪ از واریانس علائم اسکیزوتایپی را تبیین می‌کند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که ممکن است OCD بیشتر با اسکیزوفرنیا در ارتباط باشد تا با اختلال‌های اضطرابی، فرضیه‌ای که اظهار می‌کند OCD و اسکیزوفرنیا می‌توانند با لوب فرونتال در ارتباط باشند (ماری و ژولی، ۲۰۰۲). استانلی و همکاران (۱۹۹۰) گزارش دادند که ۸٪ از بیماران OCD ملاک‌های DSM را برای اختلال شخصیت اسکیزوتایپی دریافت می‌کنند و بیش از ۲۰ درصد از این افراد نشانه‌های برجسته اضطراب اجتماعی و خصیصه‌های اسکیزوتایپی شبه سایکوتیک مانند عقاید هذیانی، هذیان جسمانی و توهم بینایی دارند. اینراگت و همکاران (اینراگت و بیچ، ۱۹۹۰، اینراگت و همکاران، ۱۹۹۴) اظهار داشته‌اند که بیماران OCD نمرات بالاتری از دیگر اختلال‌های

اضطرابی در مقیاس اسکیزوتایپی به دست می‌آورند. بیشترین تفاوت در عامل‌هایی است که علایم مثبت سایکوتیک و آشفتگی شناختی را منعکس می‌سازند (اینراگت و بیچ، ۱۹۹۰). یافته‌ها، نشان می‌دهد افرادی که سطوح غیر بالینی از خصیصه اختلال وسواسی- اجباری را بر اساس پرسشنامه ی خودگزارشی OCD گزارش دادند، شباهت‌های نشانه‌شناسی و کارکرد شناختی را با نمونه‌های بالینی نشان دادند (روس و باریبو، ۱۹۹۶). بر این اساس، اظهار شده است که خصیصه‌های وسواسی- اجباری غیر بالینی و اختلال وسواسی- اجباری روی پیوستاری از خفیف تا شدید قرار می‌گیرد (راچمن و داسیلوا، ۱۹۷۸؛ سالکوفس کیس و هاریسون، ۱۹۸۴). پویوروفسکی و کوران (۲۰۰۵) اظهار کردند که اختلال اسکیزوفرنیا و وسواسی- اجباری، از نظر نورویولوژی و پدیدارشناسی با هم همپوش هستند. از این رو به نظر می‌رسد، وجود ارتباط بین این دو سازه از این ایده که پیوستاری از نوروژ<sup>۱</sup> تا سایکوز<sup>۲</sup> وجود دارد، حمایت می‌کند (فریمن و گارتی، ۲۰۰۳). مطالعه ی ویژگی‌های اسکیزوتایپی در جمعیت بهنجار، سبب فهم بیشتر مکانیسم‌های درگیر در اختلال‌های طیف اسکیزوفرنیا و همچنین فهم عمیق‌تر رابطه ی بین انواع بیماری‌ها و دیگر سازه‌های روانشناختی بدون مداخله ی اثرات دارو و داغ روانی<sup>۲</sup> می‌شود. تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که بین صفات شخصیتی اسکیزوتایپی و علایم اختلال وسواسی- اجباری ارتباط وجود دارد و پژوهش حاضر با هدف بررسی الگوی این ارتباط صورت گرفت.

## روش

این پژوهش یک تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه ی آماری این پژوهش شامل دانشجویان دوره ی کارشناسی دانشگاه تبریز بود. از این جامعه ۶۲۷ نفر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب و با پرسشنامه ی شخصیت اسکیزوتایپال<sup>۴</sup> (SPQ) و پرسشنامه ی بازنگری شده وسواسی- اجباری<sup>۵</sup> (OCI-R) مورد آزمون قرار گرفتند.

پرسشنامه ی شخصیت اسکیزوتایپال (SPQ)، ۷۴ پرسش، ۹ ماده (عقاید انتساب، اضطراب اجتماعی مفرط، عقاید غریب یا تفکر جادویی، تجارب ادراکی غیرمعمول، رفتار عجیب یا غیرعادی، فقدان دوستان نزدیک، گفتار غریب، عاطفه ی سطحی و سوظن) و ۳ عامل (شناختی- ادراکی، بین فردی و آشفتگی) دارد. در این آزمون هر پاسخ بله، یک نمره محسوب می‌شود. تحلیل عاملی تاییدی به طور

1. neurosis  
2. psychosis

3. Stigma  
4. Sales Preference Questionnaire

5. Obsessive-Compulsive Inventory - Revised

مکرر نشان داده است که SPQ به سه عامل نقایص شناختی- ادراکی، نقایص بین فردی و آشفتگی تجزیه می شود (راینی و همکاران، ۱۹۹۴). ضریب آلفا برای نمره ی کلی ۰/۹۰ و ۰/۹۱ برآورد شده است (راینی، ۱۹۹۱). در پژوهش حاضر، میانگین آلفای کروباخ پرسشنامه برابر با ۰/۸۹ بود. پرسشنامه ی بازنگری شده وسواسی- اجباری (OCI-R)، توسط فوآ، کوزاک، سالکوس کیسو همکاران (۱۹۹۸) طراحی شده و با ۱۸ ماده و ۶ خرده مقیاس (شستشو، وسواس فکری، انباشت، نظم، واری و خنثی سازی) علایم OCD را می سنجد. محمدی، زمانی و فتی (۲۰۰۷) در ایران پرسشنامه ی بازنگری شده ی وسواسی- اجباری را هنجاریابی کرده اند. ضریب آلفای کروباخ برای مقیاس کلی برابر با ۰/۸۵، برای زیر مقیاس واری ۰/۶۶، زیر مقیاس نظم ۰/۶۹، زیر مقیاس وسواس فکری ۰/۷۲، زیر مقیاس شستشو ۰/۶۹، زیر مقیاس انباشت ۰/۶۳ و زیر مقیاس خنثی سازی ۰/۵۰ است.

## یافته ها

جدول ۱، مولفه های توصیفی متغیرهای پژوهشی را نشان می دهد.

جدول ۱. مولفه های توصیفی متغیرهای پژوهشی

پسران		دختران		متغیر
sd	M	sd	M	
۲/۱۷	۴/۶۲	۲/۱۹	۴/۵۳	عقاید انتساب
۲/۱۸	۳/۰۸	۲/۱۵	۳/۲۰	اضطراب اجتماعی مفرط
۱/۷۶	۳/۰۱	۱/۸۴	۳/۰۱	عقاید غریب یا تفکر جادویی
۲/۰۵	۳/۴۳	۲/۰۷	۳/۵۳	تجارب ادراکی غیر معمول
۲/۰۰	۲/۰۲	۲/۰۱	۲/۲۸	رفتار عجیب یا غیر عادی
۲/۱۷	۲/۶۴	۲/۳۱	۳/۲۳	فقدان دوستان نزدیک
۲/۳۰	۴/۰۲	۲/۳۴	۴/۳۴	گفتار عجیب و غریب
۱/۸۱	۲/۳۹	۲/۱۰	۲/۹۸	عاطفه سطحی
۲/۰۱	۳/۴۳	۱/۷۸	۳/۳۷	سوظن
۱۱/۵۵	۲۸/۶۹	۱۲/۳۲	۳۰/۵۱	کل شخصیت اسکیزوتایپی
۳/۲۶	۷/۶۳	۳/۳۷	۷/۵۴	مثبت
۳/۶۱	۵/۰۴	۴/۰۶	۶/۲۲	منفی
۵/۶۲	۱۴/۵۰	۵/۷۸	۱۴/۴۵	عامل شناختی ادراکی
۶/۲۷	۱۱/۵۶	۶/۵۶	۱۲/۸۰	عامل بین فردی
۳/۸۱	۶/۰۵	۳/۸۲	۶/۶۳	عامل آشفتگی
۲/۸۶	۳/۹۱	۲/۹۵	۴/۰۳	شستن
۳/۱۲	۵/۱۷	۴/۹۳	۵/۵۷	وسواس فکری
۲/۶۰	۴/۰۲	۲/۸۱	۴/۳۹	احتکار
۲/۷۷	۶/۴۷	۲/۹۴	۶/۱۶	نظم
۳/۱۳	۳/۶۲	۳/۰۷	۴/۲۷	واری
۲/۱۴	۲/۴۰	۲/۷۲	۳/۱۱	خنثی سازی
۱۱/۵۸	۲۵/۶۲	۱۳/۱۷	۲۷/۴۰	کل علایم OCD

جدول ۲، ضرایب همبستگی پیرسون بین ماده‌ها، عوامل و ابعاد شخصیت اسکیزوتایپی با علایم اختلال وسواسی-اجباری را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که ارتباط مثبت و معنی‌داری به ترتیب بین OCI-R کلی، احتکار، واری کردن، وسواس فکری، خنثی‌سازی، شستن، نظم با SPQ وجود دارد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین ماده‌ها و عامل‌های شخصیت اسکیزوتایپی و علایم وسواسی-اجباری

OCD	خنثی سازی	واریسی	نظم	احتکار	وسواس فکری	شستن	متغیر
۰/۳۲۳ <sup>oo</sup>	۰/۱۴۶ <sup>oo</sup>	۰/۲۴۸ <sup>oo</sup>	۰/۲۲۱ <sup>oo</sup>	۰/۲۲۶ <sup>oo</sup>	۰/۲۲۲ <sup>oo</sup>	۰/۲۷۹ <sup>oo</sup>	عقاید انتساب
۰/۳۸۹ <sup>oo</sup>	۰/۲۸۱ <sup>oo</sup>	۰/۲۵۳ <sup>oo</sup>	۰/۱۹۰ <sup>oo</sup>	۰/۳۰۰ <sup>oo</sup>	۰/۳۰۳ <sup>oo</sup>	۰/۲۴۴ <sup>oo</sup>	اضطراب اجتماعی مفرط
۰/۱۶۹ <sup>oo</sup>	۰/۱۳۳ <sup>oo</sup>	۰/۱۷۴ <sup>oo</sup>	۰/۰۹۶ <sup>oo</sup>	۰/۱۳۶ <sup>oo</sup>	۰/۰۵۳ <sup>oo</sup>	۰/۱۵۱ <sup>oo</sup>	عقاید غریب یا تفکر جادویی
۰/۳۱۸ <sup>oo</sup>	۰/۲۷۶ <sup>oo</sup>	۰/۲۶۹ <sup>oo</sup>	۰/۱۷۸ <sup>oo</sup>	۰/۱۹۱ <sup>oo</sup>	۰/۲۱۱ <sup>oo</sup>	۰/۲۱۳ <sup>oo</sup>	تجارب ادراکی غیرمعمول
۰/۲۶۲ <sup>oo</sup>	۰/۱۷۸ <sup>oo</sup>	۰/۱۹۸ <sup>oo</sup>	۰/۰۷۱ <sup>oo</sup>	۰/۲۶۷ <sup>oo</sup>	۰/۲۲۰ <sup>oo</sup>	۰/۱۴۸ <sup>oo</sup>	رفتار عجیب یا غیرعادی
۰/۳۶۵ <sup>oo</sup>	۰/۳۰۹ <sup>oo</sup>	۰/۲۴۸ <sup>oo</sup>	۰/۱۱۴ <sup>oo</sup>	۰/۳۱۳ <sup>oo</sup>	۰/۳۱۴ <sup>oo</sup>	۰/۲۲۶ <sup>oo</sup>	فقدان دوستان نزدیک
۰/۳۸۱ <sup>oo</sup>	۰/۲۲۸ <sup>oo</sup>	۰/۲۷۲ <sup>oo</sup>	۰/۱۳۲ <sup>oo</sup>	۰/۳۳۳ <sup>oo</sup>	۰/۳۳۸ <sup>oo</sup>	۰/۲۶۲ <sup>oo</sup>	گفتار عجیب و غریب
۰/۳۶۸ <sup>oo</sup>	۰/۲۹۱ <sup>oo</sup>	۰/۲۲۹ <sup>oo</sup>	۰/۱۲۰ <sup>oo</sup>	۰/۲۹۲ <sup>oo</sup>	۰/۳۲۲ <sup>oo</sup>	۰/۲۳۹ <sup>oo</sup>	عاطفه سطحی
۰/۳۹۵ <sup>oo</sup>	۰/۲۵۸ <sup>oo</sup>	۰/۳۰۰ <sup>oo</sup>	۰/۱۷۷ <sup>oo</sup>	۰/۳۱۴ <sup>oo</sup>	۰/۲۹۴ <sup>oo</sup>	۰/۳۰۷ <sup>oo</sup>	سوظن
۰/۴۲۵ <sup>oo</sup>	۰/۲۹۲ <sup>oo</sup>	۰/۳۴۹ <sup>oo</sup>	۰/۲۳۹ <sup>oo</sup>	۰/۳۰۵ <sup>oo</sup>	۰/۲۲۷ <sup>oo</sup>	۰/۳۳۶ <sup>oo</sup>	عامل شناختی-ادراکی
۰/۴۸۹ <sup>oo</sup>	۰/۳۶۹ <sup>oo</sup>	۰/۳۳۲ <sup>oo</sup>	۰/۱۹۳ <sup>oo</sup>	۰/۳۹۴ <sup>oo</sup>	۰/۳۹۸ <sup>oo</sup>	۰/۳۲۶ <sup>oo</sup>	عامل بین فردی
۰/۳۶۹ <sup>oo</sup>	۰/۲۳۲ <sup>oo</sup>	۰/۲۶۹ <sup>oo</sup>	۰/۱۱۸ <sup>oo</sup>	۰/۳۴۳ <sup>oo</sup>	۰/۳۲۱ <sup>oo</sup>	۰/۲۳۷ <sup>oo</sup>	عامل آشفتگی
۰/۳۰۶ <sup>oo</sup>	۰/۱۸۲ <sup>oo</sup>	۰/۲۵۸ <sup>oo</sup>	۰/۱۹۸ <sup>oo</sup>	۰/۲۲۴ <sup>oo</sup>	۰/۱۷۵ <sup>oo</sup>	۰/۲۶۷ <sup>oo</sup>	اسکیزوتایپی مثبت
۰/۴۰۱ <sup>oo</sup>	۰/۳۲۹ <sup>oo</sup>	۰/۲۶۲ <sup>oo</sup>	۰/۱۲۷ <sup>oo</sup>	۰/۳۳۲ <sup>oo</sup>	۰/۳۴۷ <sup>oo</sup>	۰/۲۵۴ <sup>oo</sup>	اسکیزوتایپی منفی
۰/۵۲۱ <sup>oo</sup>	۰/۳۷۱ <sup>oo</sup>	۰/۴۰۲ <sup>oo</sup>	۰/۲۲۸ <sup>oo</sup>	۰/۴۱۷ <sup>oo</sup>	۰/۳۸۳ <sup>oo</sup>	۰/۳۶۳ <sup>oo</sup>	SPQ

\*\* در سطح ۰/۰۱ \* در سطح ۰/۰۵

به منظور تحلیل دقیق‌تر رابطه و نیز تعیین سهم هر کدام از متغیرهای پیش‌بین در تبیین متغیر ملاک از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد. در مرحله اول مولفه‌های شخصیت اسکیزوتایپی به عنوان متغیر پیش‌بین و علایم اختلال وسواسی-اجباری به عنوان متغیر ملاک وارد معادله ی رگرسیونی شدند. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین مولفه‌های سوظن اضطراب اجتماعی مفرط، تجارب ادراکی غیرمعمول، عاطفه ی سطحی، گفتار عجیب و غریب و عقاید انتساب توان پیش‌بینی متغیر ملاک را دارند و سایر مولفه‌ها به دلیل اینکه توان پیش‌بینی نداشتند از معادله خارج شدند. میزان F محاسبه شده برای متغیر سوظن معنی‌دار است ( $P < ۰/۰۵$ ,  $F = ۱۱۵/۴۰$ ) و این متغیر به تنهایی ۱۵ درصد از تغییرات واریانس مربوط به علایم اختلال وسواسی-اجباری را تبیین می‌کند. کل مولفه‌های شخصیت اسکیزوتایپی ۲۹ درصد از تغییرات متغیر ملاک را تبیین می‌کند که در سطح ( $P < ۰/۰۵$ ) معنی‌دار است. در مرحله ی دوم، عامل‌های شناختی-ادراکی، بین فردی و

آشفتگی شخصیت اسکیزوتایپی به عنوان متغیر پیشین و علایم اختلال وسواسی- اجباری به عنوان متغیر ملاک وارد معادله ی رگرسیونی شدند. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که عامل‌های بین فردی و شناختی- ادراکی توان پیش‌بینی متغیر ملاک را دارند و عامل آشفتگی به دلیل اینکه توان پیش‌بینی نداشت از معادله خارج شد. این دو عامل نیز روی هم رفته ۲۸ درصد از تغییرات متغیر ملاک را تبیین می‌کنند که در سطح ( $P < 0/05$ ) معنی‌دار است.

در مرحله ی سوم، ابعاد مثبت و منفی شخصیت اسکیزوتایپی به عنوان متغیر پیشین و علایم اختلال وسواسی- اجباری به عنوان متغیر ملاک وارد معادله ی رگرسیونی شدند. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که بعد منفی شخصیت اسکیزوتایپی توان پیش‌بینی بیشتری دارد و این دو بعد روی هم رفته ۲۲ درصد از تغییرات متغیر ملاک را تبیین می‌کنند که در سطح ( $P < 0/01$ ) معنی‌دار است.

جدول ۳. خلاصه ی تحلیل واریانس و رگرسیون متغیرهای مورد بررسی

SE	R <sup>2</sup>	R	ig.	F	MS	df	گام	
۱۱/۳۶	۰/۱۵۶	۰/۳۹۵	۰/۰۰۱	۱۱۵/۴۰	۱۴۹۰۳/۵۲	۱	۱	تحلیل واریانس و رگرسیون شخصیت اسکیزوتایپی بر علایم وسواسی اجباری
۱۰/۹۰	۰/۲۲۵	۰/۴۷۴	۰/۰۰۱	۹۰/۳۹	۱۰۷۴۰/۴۳	۲	۲	اضطراب اجتماعی مفرد
۱۰/۶۲	۰/۲۶۴	۰/۵۱۴	۰/۰۰۱	۷۴/۴۱	۸۴۰۸/۷۲	۳	۳	تجارب ادراکی غیرمعمول
۱۰/۵۲	۰/۲۷۹	۰/۵۲۸	۰/۰۰۱	۶۰/۲۴	۶۶۷۵/۲۹	۴	۴	عاطفه سطحی
۱۰/۴۸	۰/۲۸۷	۰/۵۳۵	۰/۰۰۱	۴۹/۹۱	۵۴۸۲/۳۴	۵	۵	گفتار غریب
۱۰/۴۴	۰/۲۹۲	۰/۵۴۰	۰/۰۰۱	۴۲/۶۲	۴۶۵۴/۱۱	۶	۶	عقاید انتساب
۱۰/۷۸	۰/۲۳۹	۰/۴۸۹	۰/۰۰۱	۱۹۶/۶۱	۲۲۸۱/۹۳	۱	۱	تحلیل واریانس و رگرسیون عامل‌های اسکیزوتایپی بر علایم وسواسی اجباری
۱۰/۴۸	۰/۲۸۳	۰/۵۳۲	۰/۰۰۱	۱۲۳/۲۲	۱۳۵۳۶/۲۹	۲	۲	عامل شناختی-ادراکی
۱۱/۳۳	۰/۱۶۱	۰/۴۰۱	۰/۰۰۱	۱۱۹/۵۵	۱۵۳۵۴/۱۴	۱	۱	تحلیل واریانس و رگرسیون ابعاد مثبت و منفی اسکیزوتایپی بر علایم وسواسی اجباری
۱۰/۹۲	۰/۲۲۱	۰/۴۷۰	۰/۰۰۱	۸۸/۳۶	۱۲۸/۴۲	۲	۲	اسکیزوتایپی منفی
					۱۰۵۵۱/۹۶	۲	۲	اسکیزوتایپی مثبت
					۱۱۹/۴۱	۶۲۴	۶۲۴	

### بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که صفات شخصیتی اسکیزوتایپی و علایم اختلال وسواسی- اجباری در جمعیت غیر بالینی همبستگی متقابلی باهم دارند و با اینکه از نظر تشخیصی و ماهیت ساختاری متفاوت هستند ولی ساز و کارهای مشترکی بین آنها وجود دارد. یافته‌های این پژوهش نتایج

پژوهش پویوروفسکی و کوران (۲۰۰۵)، روس و دانلوزو (۲۰۰۲) و سوین و همکاران (۲۰۰) را تایید می‌کند. یافته‌ها نشان می‌دهد که خرده مقیاس شستن، بیشترین ارتباط را با مولفه ی سوظن، عامل شناختی- ادراکی و اسکیزوتایی مثبت دارد. این یافته با نتایج روس و باریو (۲۰۰۰) مبنی بر ارتباط بالای خرده مقیاس شستن با علایم وسواسی- اجباری، همسو است. خرده مقیاس احتکار و وسواس فکری بیشترین ارتباط را با مولفه ی گفتار عجیب و غریب، عامل بین فردی و اسکیزوتایی منفی دارند. این یافته، نتایج پژوهش سامیولس و همکاران (۲۰۰۲) را تایید می‌کند. خرده مقیاس نظم، بیشترین ارتباط را با مولفه ی عقاید انتساب، عامل شناختی- ادراکی و اسکیزوتایی مثبت دارد. این یافته با نتایج پدریرو و همکاران (۲۰۱۰) همسو است. خرده مقیاس وارسی کردن، بیشترین ارتباط را با مولفه ی سوظن، عامل شناختی- ادراکی و اسکیزوتایی منفی دارد. این یافته، نتایج پژوهش روس و باریو (۲۰۰۰) را تایید می‌کند. خرده مقیاس خنثی‌سازی، بیشترین ارتباط را با مولفه ی فقدان دوستان نزدیک، عامل بین فردی و اسکیزوتایی منفی دارد. این یافته به طور ضمنی نتایج ایستن و راسموسن (۱۹۹۳) را مبنی بر اینکه رفتار اجباری شمردن و خنثی سازی در افراد اسکیزوتایی بالا است، تایید می‌کند. یافته‌های پژوهش حاضر، همچنین نشان می‌دهد که خرده مقیاس سوظن در پرسشنامه ی شخصیت اسکیزوتایی بیشترین ارتباط را با علایم اختلال وسواسی- اجباری دارد و به نظر می‌رسد در دو اختلال، کیفیتی مشابه داشته باشد اما، چارچوب نظری مناسبی که بتوان این یافته را تفسیر کرد وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که احتمالاً اختلال وسواسی- اجباری شکلی از اسکیزوتایی است (اینراگت و بچ، ۱۹۹۰) و به همین خاطر واریانس مشترکی در مولفه ی سوظن دارند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که خرده مقیاس احتکار در اختلال وسواسی- اجباری بیشترین ارتباط را با صفات شخصیتی اسکیزوتایی دارد و به نظر می‌رسد کیفیتی سایکوتیک داشته باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که رفتار احتکار در اختلال وسواسی- اجباری (فورست و همکاران، ۱۹۹۶) و در اسکیزوفرنیا دیده می‌شود (فورست و همکاران، ۲۰۰۴)، بنابراین بر اساس دیدگاه پیوستاری می‌توان انتظار داشت که در اسکیزوتایی نیز به عنوان شخصیت پیش زمینه ی اسکیزوفرنیا فراوانی چشمگیری داشته باشد. در واقع به نظر می‌رسد بخش قابل توجهی از واریانس مشترکی که بین این دو اختلال وجود دارد مربوط به این دو سازه باشد. یافته‌های پژوهش حاضر، نشان داد که از بین مولفه‌های شخصیت اسکیزوتایی، مولفه ی سوظن به تنهایی درصد قابل ملاحظه‌ای از تغییرات علایم اختلال وسواسی- اجباری را تبیین می‌کند، متغیرهای اضطراب اجتماعی مفرط، تجارب ادراکی غیر معمول

عاطفه ی سطحی، گفتار عجیب و غریب و عقاید انتساب هم بر شدت این رابطه می افزایند. در تبیین این یافته می توان گفت مرزبندی بین صفات شخصیتی اسکیزوتایپی و علایم اختلال وسواسی- اجباری مبهم است و همپوشی بالایی بین این دو دیده می شود. ارتباط بالایی که بین خرده مقیاس های شخصیت اسکیزوتایپی و خرده مقیاس های پرسشنامه ی وسواسی- اجباری دیده می شود، ماهیت همپوش این متغیرها را نشان می دهد. به نظر می رسد یافته های به دست آمده، این ادعا را که اختلال وسواسی- اجباری بیشتر با اختلال اسکیزوفرنی در ارتباط است تا با اختلال های اضطرابی (نورمان و همکاران، ۱۹۹۶) تایید می کند. همچنین همان طوری که اینراگت و بچ (۱۹۹۰) اظهار کرده اند، ممکن است OCD به اشتباه در طبقه بندی اختلال های اضطرابی گنجانده شده باشد و مفهوم سازی صحیح تر آن به عنوان شکلی از اختلال اسکیزوتایپی است. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که از بین سه عامل شناختی- ادراکی، بین فردی و آشفتگی شناختی، عامل بین فردی به تنهایی درصد قابل ملاحظه ای از تغییرات علایم اختلال وسواسی- اجباری را تبیین می کند و عامل شناختی- ادراکی هم بر شدت این رابطه می افزاید اما، عامل آشفتگی شناختی به دلیل اینکه توان پیش بینی نداشت از معادله خارج شد. این یافته نتایج پژوهش روس و باریبو (۲۰۰۰) و سامیولس و همکاران (۲۰۰۲) را تایید می کند.

یافته های پژوهش حاضر حاکی از آن است که از بین ابعاد مثبت و منفی اسکیزوتایپی، بعد منفی بیشترین سهم را در تبیین علایم اختلال وسواسی- اجباری دارد. اگرچه کندلر و همکاران (۱۹۸۹) نشان دادند که سطوح خفیف تا شدید علایم مثبت اسکیزوتایپی در ۵۰ درصد از افراد دارای اختلال وسواسی- اجباری دیده می شود اما، به نظر می رسد نقش بعد منفی در تبیین علایم اختلال وسواسی- اجباری بارزتر باشد. مهمترین یافته ی پژوهش حاضر، این است که بین اختلال وسواسی- اجباری و شخصیت اسکیزوتایپی همپوشی بالایی وجود دارد و به نظر می رسد صفات شخصیتی اسکیزوتایپی نوعی از اختلال وسواسی- اجباری باشند (سویین و همکاران، ۲۰۰۰) و یا اینکه اختلال وسواسی- اجباری شکلی از اختلال اسکیزوتایپی باشد (اینراگت و بچ، ۱۹۹۰). دیگر یافته ی مهم این پژوهش این است که افراد دارای اختلال وسواسی- اجباری که احتکار و وارسی کردن، اجبارهای غالب در آنهاست، ممکن است ویژگی سایکوتیک داشته باشند و یا در آینده ملاک های اسکیزوفرنیا را نیز تکمیل کنند.

به نظر می رسد بخشی از این ارتباط به وسیله ی عاطفه ی منفی (اضطراب و افسردگی) میانجی گری می شود. بنابراین پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی عاطفه ی منفی کنترل شود. همچنین یافته های



حاضر از نمونه‌های غیر بالینی به دست آمده و نتایج باید با دقت تفسیر شوند. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از نمونه‌های بالینی استفاده شود.

#### References

- Berman, I., Merson, A., Viegner, B., Losonczy, M.F., Pappas, D., Green, A.I., (1998). Obsessions and compulsions as a distinct cluster of symptoms in schizophrenia: a neuropsychological study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186, 150–156.
- Cyklarova E, Claridge G (2005). Development of a version of the Schizotypy Traits Questionnaire (STA) for screening children. *Schizophrenia Research*; 80(2-3): 253-61.
- Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features (1993). *Journal of Clinical Psychiatry*; 54:373-9.
- Enright, S. J. and Beech, A. R. (1990). Obsessional states: Anxiety disorders or schizotypes? An information processing and personality assessment. *Psychological Medicine*, 20, 621-627.
- Enright, S. J., Claridge, G. S., Beech, A. R. and Kemp-Wheeler, S. M. (1994). A questionnaire study of schizotypy in obsessional states and the other anxiety disorders. *Personality and Individual Differences*, 16, 191-194.
- Fonseca-Pedrero, E, Lemos-Giráldez, S, Paíno-Piñeiro, M, Villazón-García, U, Muñiz, J.(2010). Schizotypal traits, obsessive-compulsive symptoms, and social functioning in adolescents. *Comprehensive Psychiatry* 51 71–77.
- Freeman D, Garety PA. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behavior Research Therapy*; 41:923-47.
- Fricke S, Moritz S, Andresen B, Jacobsen D, Kloss M, Rufer M, et al. Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study. *Eur Psychiatry* 2006; 21(5): 319-24.
- Frost RO, Krause MS, Steketee G. (1996). Hoarding and Obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*; 20(1):116-32.
- Frost RO, Steketee G, Grisham J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behavior Research Therapy*. 42(10): 1163-82.
- Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Schwartz CE, Carey RJ, Jr. (1986). Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *American Journal Psychiatry*.143 (4): 530-2.
- Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ, Geffken GR. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Rev*. 28(1): 118-30.
- Kendler KS, Lieberman JA, Walsh D. The Structured Interview for Schizotypy (SIS): a preliminary report. *Schizophrenia Bulletin* 1989;15:559–71.
- Lee HJ, Cogle JR, Telch MJ (2005). Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behavior Research and Therapy*; 43(1): 29-41
- Loranger, A. M., Lezenwenger, M. F., Gartner, A. F., Susman, V. L., Herzig, J., Zammit, G. K., Gartner, J. D., Abrams, R. C., & Young, R. C. (1991). Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48, 720-728.
- Mary, B. S., & Julie A. S., (2002). Executive function deficits associated with symptoms of schizotypy and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 110, 151–163.
- Mohamadi,A., Zamani,R @ Fata,L. (2008). Validation of the persian version of revised obsessive-compulsive questionner among Students. *Psychological research*. 11, (1&2.)
- Mohammadzadeh A, Borjali A. (2008). Schizotypal Trait Questionnaire (STQ) versus Eysenck Personality Questionnaire (EPQ): divergence and convergences between two perspectives in psychosis. *Cognitive Sciences Novelties* 38(2): 21-8. [In Persian ]
- Moritz S, Fricke S, Jacobsen D, Kloss M, Wein C, Rufer M, et al. Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2004; 42(2): 217-27.

- 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.
- Poyurovsky M, Koran LM (2005). Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *Journal Psychiatry Research*; 39(4): 399-408.
- Rachman, S., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Raine, A., (1991). The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin* 17, 555-564.
- Raine, A., Lencz, T., Mednick, S.A. (Eds.), (1995). *Schizotypal Personality*. New York: Cambridge University Press.
- Raine, A., Reynolds, C., Lencz, T., Scerbo, A., Triphon, N., Kim, D., (1994). Cognitive-perceptual, interpersonal, and disorganized features of schizotypal personality. *Schizophrenia Bulletin*; 20, 191-201.
- Rossi, A., & Daneluzzo, E. (2002). Schizotypal dimensions in normal and schizophrenic patients: a comparison with other clinical samples. *Schizophrenia Research*, 54, 67-75.
- Roth RM, Baribeau J.( 2000). The relationship between schizotypal and obsessive-compulsive features in university students. *Personality Individual Difference*; 29:1083-93.
- Roth, R. M., & Baribeau, J. (1996). Performance of nonclinical compulsive checkers on putative tests of frontal and temporal lobe memory functions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 411-416.
- Salkovskis, P & Harrison, J (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication, *Behaviour Research and Therapy* 22, pp. 549-552.
- Samuels J, Bienvenu OJ, III, Riddle MA, Cullen BA, Grados MA, Liang KY, et al (2002). Hoarding in obsessive results from a case-control study. *Behavior Research Therapy*; 40(5): 517-28.
- Shin NY, Lee AR, Park HY, Yoo SY, Kang DH, Shin MS, et al (2008). Impact of coexistent schizotypal personality traits on frontal lobe function in obsessive-compulsive disorder. *Progress Neuro psychopharmacology Biology Psychiatry*; 32(2): 472-8
- Sobin, C., Blundell, M. L., Weiller, F., Gavigan, C., Haiman, C., & Karayiorgou, M. (2000). Evidence of a schizotypy subtype in OCD. *Journal of Psychiatric Research*, 34, 15-24
- Stanley, M. A., Turner, S. M., & Borden, J. W. (1990). Schizotypal features in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 511-518.
- Tallis F, Shafran R. (1998). Schizotypal personality and obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*; 4(3): 172-8.
- Van Kampen, D (2006). The Schizotypic Syndrome Questionnaire (SSQ): Psychometrics, validation and norms. *Schizophrenia Research*; 84(2-3): 305-22.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 9 (No. 40), pp. 27-36, 2016

### **Study of collateral dimensions and operating traits of high schizotypal and obsessive-compulsive disorder symptoms**

Abbas Rohani

**Islamic Azad University, Mobarakeh Branch, Mobarakeh, Iran**

Received: August 22, 2016

Accepted: June 26, 2016

The relationship between obsessive-compulsive disorders and psychotic disorders, in particular schizophrenia, has always been important and studying schizotypal samples as a way to research the schizophrenia spectrum has been increasingly considered. Since the research on schizotypal personality among the general population may be an important opportunity to study susceptible bio-cognitive parameters of schizophrenia, without the effect of long term hospitalization and medical intervention and severe psychological symptoms, the purpose of this study is to examine the collateral dimensions and operating traits of schizotypal and obsessive-compulsive symptoms. Therefore, in a descriptive and correlational study, 627 undergraduate students of Tabriz University were selected using stratified random sampling method and evaluated for schizotypal personality and obsessive-compulsive symptoms. The results revealed that variables such as paranoia, extreme social anxiety, unusual perceptual experiences, superficial emotion, bizarre speech, attribution opinions, and interpersonal and cognitive-perceptual factors could predict obsessive-compulsive symptoms. Additionally, negative schizotypal could better anticipate OCD symptoms compared to positive schizotypal. Evidence supports high overlap between obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality.

**Keywords:** obsessive-compulsive disorder symptom, schizotypal, overlap

*Electronic mail may be sent to: abas1345r@yahoo.com*